ELIO SGRECCIA, *Manual de bioética*. Ed. Diana, México 1996

Manual De Bioética

Contenido

PARTE ESPECIAL

[1]
A los lectores, a propósito de la tercera edición

La primera edición de este Manual, ya suficientemente conocido y difundido en Europa y en otras partes, data de 1986. En 1988 aparecía la segunda edición por los motivos que recordaba entonces al dirigirme a los lectores, y que quiero recordar ahora en este volumen.

En 1991 se publicó el segundo volumen, previsto y anunciado en el prefacio mismo del primer tomo, sobre los «Aspectos médico-sociales de la bioética». En esa ocasión se reimprimió el primero de los libros sin variación alguna respecto de la segunda edición, que contenía los «Fundamentos y la ética biomédica».

Ambos volúmenes han tenido una amplia y positiva acogida tanto en Italia como en el extranjero.

Pero a partir de 1988, los temas relativos a los fundamentos de la bioética han suscitado un interés más relevante y las diversas perspectivas teóricas han repercutido en los temas, cada vez de más palpitante actualidad, de la bioética en el ámbito clínico y sanitario.

Por esta razón, sentimos la necesidad de ampliar y profundizar la parte fundamental, que ahora incluye capítulos enteramente nuevos e información sobre las más recientes discusiones y teorías acerca de los fundamentos del juicio ético.

También en materia de bioética especial —particularmente en cuanto a los problemas bioéticos de la genética y a las aplicaciones tecnológicas en el campo del diagnóstico e industrial—, nuevos elementos del progreso técnico han enriquecido y ampliado la problemática ética y han requerido volver a fundamentar completamente el capítulo respectivo que aparecía en las ediciones anteriores.

Con todo esto no se ha perdido —espero que ni siquiera oscurecido— el enfoque de fondo en cuanto a la óptica antropológica que desde el principio distinguió a nuestro trabajo.

Diría más bien que cuanto más se amplían y se multiplican los problemas, más necesario y coherente nos parece el enfoque personalista «ontológicamente fundamentado», como lo definimos ya en la edición de 1986. Las discusiones sobre el estatuto del embrión; sobre la naturaleza propia y el carácter específico del acto de la procreación en relación con los temas de la procreación asistida; la definición de la muerte o la concepción del ecosistema y de la bioecología,

[2]
requieren una concepción antropológica y una fundamentación del juicio ético centradas en la persona y en la propia naturaleza íntima del hombre.

Por lo demás, abrigamos la esperanza de que la posición personalista se vaya afirmando en el plano general de la ética pública, tras las desorientaciones originadas por el individualismo y el colectivismo, en la perspectiva de una nueva solidaridad que abarque a todo el hombre y a todos ¡os hombres y que armonice al hombre también con la naturaleza.

S. Moravia escribía: «Muchos indicios atestiguan que el hombre-persona —el sujeto-objeto que exige explicaciones by reasons además de by causes y enfoques hermenéuticos aparte de empírico-analíticos— está volviendo a irrumpir actualmente en el escenario intelectual con nueva fuerza y credibilidad» (El enigma de la mente. El «Mind-Body Problem» en el pensamiento contemporáneo, Barí 1986).

Queremos alentar la esperanza, y no sólo nutrir un sueño, de que la filosofía personalista, también en este espacio de aplicación que es la bioética —espacio tan amplio como el universo, y transido todo él de preocupación por el futuro de la humanidad—, pueda contribuir a iluminar el rostro del hombre. De ese rostro del que escribía N. Berdiaev. «El rostro humano es lo más estupendo que la vida cósmica ofrece, porque en él se transparentó otro mundo». El rostro es la expresión de la persona.

Al dar cima a este nuevo esfuerzo, me siento obligado a reiterar mi agradecimiento a los colaboradores del Instituto de Bioética y del Centro de Bioética, dos instituciones nacidas una tras otra al paso que se iban escribiendo estos libros.

Estos colaboradores, jóvenes dotados desuna gran vocación por el estudio y de una gran pasión por el hombre, con su colaboración diligente especialmente en el acopio de documentación y en el control de la impresión, han hecho que nuestro trabajo avanzara más cuidadosa y rápidamente. Y quiero agradecérselo en particular al Dr. A. G. Spagnolo, la Dra. M. L. Di Pietro, el Dr. G. Fasanella, la Dra. V. Melé, la Dra. L. Palazzani, la Dra. C. Caprioli, y el Dr. D. Sacchini, quien se encargó también de ¡a corrección de pruebas.

Su solidaridad, junto con la de numerosos alumnos, colegas y profesionistas, jóvenes y ancianos, que me he encontrado en las ciudades italianas y en el extranjero, me han reconfortado y sostenido en esta labor que confío despierte ahora el interés de los lectores.

Roma, junio de 1993

ELIO SGRECCIA

[3]

A los lectores, a propósito de la segunda edición

Han pasado dos años desde que publicamos por primera vez nuestro libro «Bioética. Manual para médicos y biólogos», que se ha reimpreso dos veces ya desde entonces, sobrepasando los cincuenta mil ejemplares de venta. Mientras tanto, la disciplina se ha ido actualizando, al tiempo que abarcaba una problemática cada vez más amplia.

La acogida del público ha sido realmente positiva y las reseñas (unas veinte) han sido casi en su totalidad abundantes y generosas en su consenso. No han faltado, sin embargo, algunas observaciones de carácter secundario, e incluso ciertas muestras de descontento por parte de las corrientes positivistas y relativistas en el campo ético.

Tales juicios en su conjunto, expresados incluso por amigos y colegas, así como la necesidad de hacer algunas actualizaciones sobre todo en lo referente a ¡a documentación, nos han inducido a rehacer el libro, el cual, aun conservando su estructura original, sale ahora con un título diferente del anterior. Comprobamos, en efecto, que el subtítulo («Para médicos y biólogos» podría resultar inadecuado en una obra que se ha ganado el interés de un amplio público culto incluso no universitario; es obvio, por lo demás, que médicos y biólogos seguirán siendo los principales destinatarios de esta nueva versión. En estos dos años se han publicado importantes documentos referentes a la problemática de ¡a bioética, como la Instrucción de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre «El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación» (22 de febrero de 1987), documentó que expresa ¡a posición de la Iglesia católica en materia de procreación asistida y sobre ¡os mismos temas centrales de ¡a bioética (por ejemplo, sobre la identidad del embrión humano). Por otra parte, la Conferencia Internacional de ¡os Colegios de Médicos de la Comunidad Económica Europea publicó, el 6 de enero de 1987, el documento casi estatutario «Principios de ética médica europea», que aborda todos los puntos centrales de la ética médica. Por último, la Asamblea del Consejo de Europa publicó la Recomendación núm. 1046 del 24 de septiembre de 1986, en la que se trata el tema delicado de ¡a utilización de los embriones y ¡a experimentación en ellos en el campo biomédico.

El debate mismo entablado en Italia y en otros países, así como la ingente y cotidiana producción de literatura específica, han puesto a debate público temas cada vez más actuales y otros totalmente nuevos. De esta manera, se

---

[4]

hizo necesario proceder a una versión actualizada que tuviera en cuenta esta nueva documentación. Como novedad en la revisión del Manual se ha introducido una abundante bibliografía específica para cada capítulo. El índice analítico y el de autores hacen más útil aún el libro para una consulta rápida.

El lector no encontrará diferencias en el enfoque de los diversos problemas abordados, pero podrá advertir acá y allá que el contenido se ha profundizado y actualizado, sobre todo desde el punto de vista documental y bibliográfico.

Esta nueva versión coincide con una fase también nueva en el debate bioético: la bioética, en efecto, está pasando en estos últimos años de la esfera de interés predominantemente científico al de carácter político. Los Parlamentos y las instancias de representación política internacional crean organizaciones de consulta e imparten directrices y lineamientos, e incluso emanan algunas leyes. Cuando el debate se vuelve político, involucra también al gran público y a la cultura.

Para el autor sigue siendo un compromiso —como decíamos en el prólogo del volumen anterior— tratar en un segundo libro los temas concernientes a la psiquiatría, la toxicodependencia, la condición de los ancianos y de los discapacitados, ¡as repercusiones de las decisiones económicas en la vida y en ¡a salud humanas, y otros temas vinculados con la relación entre opción ética/vida física y salud de la persona o condición de la sociedad.

Para esta segunda etapa de reflexiones será de una válida ayuda la organización, ya más consistente, del Centro de Bioética. Es a dos de los colaboradores de dicho Centro —el Dr. Antonio G. Spagnolo y la Dra. Maria Luisa Di Pietro— a los que debo una ayuda inestimable al actualizar, sobre todo en la bibliografía; esta nueva versión que ahora ofrecemos a los lectores.

Roma, septiembre de 1988

Euo SGRECCIA

---

[5]

Prólogo a la primera edición

Numerosas son las perspectivas y los problemas originados por el gran desarrollo de las ciencias médicas y biológicas. El progreso de dichas ciencias abre horizontes fascinantes, posibilidades positivas muy amplias y prometedoras; a veces, nos parece estar en los umbrales de una época en la que están por hacerse realidad muchas cosas que durante milenios la humanidad consideró imposibles de alcanzar.

También los avances de la bioética van en esta dirección con un ritmo creciente. Sin embargo, en este campo, como en cualquier otro ámbito humano, lo positivo va acompañado a veces de un aspecto negativo.

Los logros de las ciencias biológicas y médicas interpelan y provocan al hombre y a la sociedad, porque suscitan preguntas y nuevos cuestionamientos sociales y políticos; y es en relación con estos avances cuando surgen nuevas cuestiones éticas, a menudo complejas y de no fácil solución.

Por esto, nos pareció más que necesario establecer un Centro de Bioética en la Universidad Católica del Sagrado Corazón, la cual tiene en Roma una gran Facultad de Medicina y en Milán importantes Facultades humanísticas: este Centro se ha impuesto como compromiso el de colaborar con asiduidad en el análisis y solución de muchos de los problemas antes mencionados.

El Manual de Bioética de Monseñor Sgreccia (quien se desempeña como Director del Centro) traza con amplitud, penetración y gran equilibrio las estructuras que sustentan a esta disciplina.

En el mundo cultural italiano una obra de este género, tan orgánica, seria y comprometida, representa una aportación sumamente significativa. El libro interesará ante todo a ¡os médicos y estudiantes de Medicina; pero seguramente llamará también la atención de muchos otros: de todas aquellas personas que comparten las expectativas suscitadas por el progreso de las nuevas ciencias, y que están conscientes, también, de la necesidad de confrontarlas constantemente con las instancias morales.

ADRIANO BAUSOLA

---

[6]

Presentación a la primera edición

Bioética es un término que, introducido hace relativamente poco en la cultura de lengua inglesa, se ha difundido rápidamente, al igual que la disciplina que representa, por todas partes. En Italia se ha considerado a menudo como sinónimo de Deontología y Ética Médica, materia indudablemente afín y superpuesta en varios aspectos, pero no coincidente, sobre todo por lo que se refiere a las finalidades y a los instrumentos de estudio. Basta revisar el índice del Manual de Bioética de Elio Sgreccia, profesor de Bioética en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica, para ver que presenta un horizonte mucho más amplio que el que ofrecen los textos tradicionales de Deontología y Ética Médica.

Los reagrupamientos de disciplinas establecidos por el Consejo Universitario Nacional para las oposiciones a cátedra, han tomado en cuenta esta nueva realidad al incluir a la Bioética en el área de la Medicina Legal, juntamente con la Deontología Médica. Es cierto que la nueva Tabla XVIII que se refiere al ordenamiento didáctico del programa de estudios para obtener el doctorado en Medicina y Cirugía (D.P.R. 28.2.1986 N. 95) no menciona a ¡a Bioética, limitándose a señalar entre ¡as materias del área 18- («Medicina y Salud Pública») a la «Deontología y Ética Médica» como disciplina que forma parte del curso integrado de Medicina Legal. Sin embargo, en el inciso L, el Decreto prevé la posibilidad tanto de que al momento de incluir la tabla en los estatutos de las Universidades se pueda introducir un número limitado de «disciplinas que caractericen los lineamientos científico-culturales propios de la Facultad», como, por otro lado, no introducir en el estatuto una o más disciplinas en ella previstas. Es, pues, posible, concretamente en aquellas Facultades que lo consideren oportuno, sustituir la enseñanza de la Deontología y Ética Médica por ¡a enseñanza, más amplia, de la Bioética. Y, en cualquier caso, esta última materia podrá ser objeto de esos «cursos monográficos» previstos en el inciso D del Decreto, los cuales permitirían profundizar en temas particulares en el ámbito de los Cursos integrados.

En esta presentación no parece útil ni oportuno anticipar, ni siquiera como simple mención, los problemas fundamentales de la Bioética, materia en pleno desarrollo; y menos aún, tratar de definir sus confines y desentrañar sus bases deontológicas. El Manual de Elio Sgreccia se encarga de informar cumplidamente sobre estos problemas y, aunque adopte explícitamente una línea de

---

[8]

preferencias, deja al lector ¡a posibilidad de sacar sus propias conclusiones no sólo sobre cuestiones metodológicas, sino también sobre temas particulares de la investigación bioética. Se trata del fruto de una experiencia totalmente singular del autor el cual, con una sólida y calificada preparación filosófica de partida, ha vivido desde hace más de diez años en un gran Hospital General universitario, primero como asistente espiritual, y luego como profesor en el curso de doctorado en Medicina y en muchas escuelas de especialización. Una experiencia poco común, pues, que le ha permitido captar personalmente, al contacto con profesores, médicos, estudiantes y enfermeras, por un lado, y con los pacientes, por el otro, las dimensiones concretas y la complejidad de muchos problemas, y detectar al propio tiempo, desde el mundo médico, la aparición de nuevos temas biológicos y médicos, teniendo el privilegio de poder confrontar los textos más actuales con las opiniones que los especialistas iban expresando sobre ellos. Estas investigaciones y reflexiones han sido expuestas en numerosos artículos, muchos de los cuales se han publicado en la revista «Medicina e Morale» —en cuya

dirección Elio Sgreccia me tiene a su lado—, desplegando una actividad insustituible por su cultura específica y su eficiencia en la organización.

Indudablemente la Editorial Vita e Pensiero ha marcado un hito al incluir en su colección de «Tratados y Manuales» este manual italiano de Bioética.

ANGELO FIORI

---

[9]

Introducción a la primera edición

Muchas han sido las dificultades y contratiempos que hemos debido afrontar en la redacción de este texto o manual de bioética para uso de los estudiantes de Medicina.

Se trata, en efecto, de una disciplina nueva y en continuo desarrollo, por lo que es prácticamente imposible lograr ponerse a¡ día en todas las fronteras abiertas por el avance de las ciencias biomédicas para captar su significado y su problemática ética de manera adecuada.

A mi juicio, todavía no se está de acuerdo al definir los confines de esta nueva disciplina (a saber, si ha de ocuparse preferentemente de los problemas planteados por las aplicaciones de la genética o de la bioingeniería, o si debe abarcar también los temas de la ética médica tradicional); y menos aún se concuerda sobre los criterios fundamentales: ¿debe ser ¡a bioética una filosofía de la ciencia médica, que busca captar ¡as peculiaridades epistemológicas y metodológicas de esta ciencia, que es también un arte; o bien debe hacer una descripción evolutiva de los problemas o de los horizontes éticos planteados por el progreso inevitable de la humanidad; o, finalmente, debe tender en cuanto ética a orientar normativamente la acción del médico? ¿Debe referirse a criterios jurídico-deontológicos, o debe basarse en una antropología filosófica y religiosa?

Mucho se ha escrito, ciertamente, sobre bioética, y al presente existe ya abundante literatura, aunque no esté todavía sistematizada; pero es precisamente en esta literatura donde se advierten las diferencias aludidas.

Además de estas dificultades objetivas evidentes, que nos comprometen a esforzarnos en sistematizarla, están las limitaciones que imponen una documentación tan amplia y la preparación multidisciplinaria requerida en quien pretende ordenar dicha materia.

Por eso, deseo ante todo precisar algunas características del texto y, sobre todo, los horizontes de autolimitación impuestos por el trabajo mismo.

El libro quiere ser, sobre todo, un instrumento didáctico, de información y orientación para los estudiantes del curso de licenciatura y de los cursos de especialización en la Facultad de Medicina y Cirugía. Por esta razón, me he esforzado en aclarar lo que considero debe ser el criterio ético fundamental para el ejercicio consciente y correcto de la medicina. Como no me ha sido posible tratar todos los problemas, muchos temas se han dejado para ser

---

[10]
analizados en un segundo volumen, especialmente los que tienen un enfoque Predominantemente social, como los de ¡a asistencia a los enfermos mentales, los discapacitados en rehabilitación y los ancianos; o como los problemas de la toxicodependencia, de la protección de la vida en el ambiente laboral, de la defensa del ambiente, de la relación entre economía y salud, etcétera. Tales problemas, junto con otros más especializados, serán objeto, pues, de un segundo libro.

Mientras tanto, se hacía necesario ofrecer una serie de criterios fundamentales y ver su aplicación a algunos problemas de especial relevancia en la actualidad, seleccionados entre los más conocidos y debatidos en el campo del ejercicio de ¡a medicina. Y diría que ésta es una primera opción en cuanto al contenido y la cantidad de temas tratados.

Pero ha habido luego una segunda selección de carácter cualitativo, consistente en adoptar una antropología de referencia, que en nuestro caso es la personalista, desarrollada en el cauce del pensamiento clásico patrístico, hecha suya por Tomás de Aquino y revitalizada continuamente por pensadores de gran relevancia como J. Maritain, E. Mounier, E. Gilson, G. Capograssi, A. Gemelli y algunos otros, que de la fuerza de la razón —no desvirtuada, sino sustentada por la fe cristiana- obtuvieron los criterios de valoración ética.

Esta opción no puede ser meramente ideológica: la persona humana sigue siendo una magnitud que trasciende, en el misterio de su libertad y responsabilidad, incluso el esfuerzo de autocomprensión, y que sigue siendo el fin, no el medio, de la actuación ética.

Tampoco ha sido una elección impuesta por el hecho de que esta modesta obra nazca en el seno de una Universidad Católica que desde siempre ha tenido como inspiración esta visión del hombre, sino por el convencimiento interior de que éste es el único parámetro válido y adecuado para conferir un estatuto filosófico a la bioética.

Espero que esta misma convicción pueda ser compartida también por el lector y por el estudiante, después de haber recorrido ¡os capítulos del libro, especialmente los introductorios: espero que accedan a aceptar el esfuerzo llevado a cabo al menos como una propuesta, y juzgar si es digno o no de tomarlo en consideración.

Me he preocupado por prestar la debida atención al dato científico, esto es, al dato biológico y médico tal como se presenta en su

objetividad; y, por otra parte, he tratado de tener presente la normativa jurídico-deontológica y los problemas sociales que van aparejados a los momentos centrales de la actuación médica.

La dimensión científica, la dimensión antropológica y la dimensión jurídico-deontológica constituyen, a mi juicio, el triángulo que configura el juicio ético.

Desde el punto de vista de la sistematización de la materia, debo advertir también al lector que en cada uno de los capítulos de la segunda parte, en los que se tratan problemas específicos de la bioética, hago referencia a

---

[11]

menudo a principios y valores expuestos más extensamente en la parte general; con ello he pretendido evitar las repeticiones inútiles, creando una vinculación unitaria en toda la obra y, además, proporcionar justificaciones generales a quien se limite a consultar el texto sobre una cuestión en especial.

Debo al lector una última explicación, y es la siguiente: a lo largo del texto me remito con frecuencia a ¡os documentos del Magisterio de ¡a Iglesia católica; esto me parece legítimo, incluso en un tratado esencialmente filosófico-moral, por dos razones: la primera es que esta perspectiva de fe, propia de la Iglesia católica, no perturba la reflexión racional autónoma, de la misma manera que el microscopio o el telescopio no perturban la visión del ojo humano ni su capacidad visual; en segundo lugar, porque el Magisterio de ¡a Iglesia católica ha sido e¡ que ha hecho la más amplia y profunda aportación sobre estos temas, y habría sido falta de objetividad informativa no citar por lo menos las posiciones más relevantes y los documentos más conocidos. Aunque también, por honestidad en la información, si bien en la limitación de mis conocimientos, he tratado de referir las diversas posiciones contrastantes entre sí sobre problemas particulares, sin por ello ocultar la posición que considero válido, en virtud de las razones que la apoyan.

Probablemente, además de las limitaciones autoimpuestas por voluntad del autor, el lector descubrirá otras. Por lo cual, confiado en que se comprenda el esfuerzo realizado, agradezco que se me señalen como una contribución a la verdad, la cual sigue siendo la única maestra, conforme al aforismo de Aristóteles: «amigo soy de Platón, pero más amigo de la verdad».

De esta manera, nuestro esfuerzo ha sido un esfuerzo de amistad para con los estudiantes; pero, sobre todo, para con las verdades que afectan a la vida humana.

---

[15]

CAPÍTULO 1
Orígenes, difusión y definición de la Bioética

Aparición de la Bioética como una «nueva» reflexión

A veinte años casi de la aparición del término «bioética« en un artículo escrito por el oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970 y titulado The science of sufvival —que repitió al año siguiente en otro de sus libros, Suruival, bridge to the future—, creemos oportuno repasar el camino recorrido por un movimiento de ideas que con este nombre tuvo de inmediato una gran acogida.

Como ya en otro lugar se ha trazado el perfil histórico o histórico-filosófico de este desarrollo[1], digamos por nuestra parte que, desde que aparecieron las anteriores ediciones de este Manual, se han multiplicado la documentación, las obras y las publicaciones relativas a la nueva disciplina, siendo posible ahora ya definirla mejor. Son estas razones las que hacían necesario revisar y actualizar algunas partes de la presente obra[2].

Sin embargo, no resulta fácil llevar a cabo esta revisión imprescindible del gran trabajo efectuado anteriormente, porque la ampliación de los horizontes de reflexión y el creciente número de autores, de centros de estudio y de libros publicados, corresponde también a una creciente diferenciación de propuestas y a veces de enfoques filosóficos contrapuestos, por lo cual habrá de tomar sus precauciones quien pretenda encontrar unas constantes y ciertos puntos de contacto suficientemente significativos.

Me ha parecido oportuno, pues, trazar ante todo un panorama histórico-cultural de esta reflexión que data de hace unos veinte años, subrayando ciertas obras de particular relieve y algunos desarrollos institucionales (centros, comités y enseñanzas académicas), que manifiestan los avances más relevantes, al captar suficientemente los problemas.

---

[16]

De todos es sabido que la Bioética, en el sentido propio del término, surgió en Estados Unidos; y no sólo por iniciativa de Potter, aunque fuera éste el primero en acuñar el nombre y lanzar el mensaje.

[1] VIAFORA C. (coord.), *Vent'anni di bioética: idee, protagonisti, istituzioni,* Padua 1990; GRACIA D., *Fundamentos de bioética,* Madrid 1989.

[2] SGRECCIA E., *Manuale di Bioética, vol. I, Fondamenti ed etica biomedica,* Milán 1991 (reimpr. de la 2a. edic, 1988). Es de este volumen del que hemos preparado la presente 3a. edición.

Potter detectó en sus escritos[3] el peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la ruptura entre los dos ámbitos del saber, el saber científico y el saber humanístico. En la clara diferenciación entre los valores éticos (ethics valúes), que forman parte de la cultura humanista en sentido amplio, y los hechos biológicos (biologícal facts) está, según Potter, la razón de ese proceso científico-tecnológico indiscriminado que pone en peligro a la humanidad y la supervivencia misma de la vida sobré la tierra. El único camino de solución posible ante la catástrofe inminente es establecer un puente entre las dos culturas, la científica y la humanístico-moral. En otras palabras, la ética no se debe referir únicamente al hombre, sino que debe extender su consideración al conjunto de la biosfera o, mejor dicho, a cualquier intervención científica del hombre sobre la vida en general. La Bioética, por tanto, se debe ocupar de unir la «ética» y la «biología», los valores éticos y los hechos biológicos, para que todo el ecosistema pueda sobrevivir: la Bioética tiene por tarea enseñar cómo usar el conocimiento (knowledge how to use knowledge) en el campo científico-biológico. Porque no basta con el «instinto» de supervivencia: hay que elaborar una «ciencia» de la supervivencia, que el autor identifica con la Bioética.

Por encima de la valoración de la propuesta específica de Potter en el plano teórico —el autor critica la concepción biológica mecanicista-reduccionista de la bioquímica y de la biología molecular, defendiendo más bien una visión «holística» que interpreta en sentido organicista la manifestación de la vida en sus diversas formas, dentro de una visión naturalista que rechaza cualquier concepto de creación—, es interesante subrayar el núcleo conceptual en que fundamenta el nacimiento de la Bioética: la necesidad de que la ciencia biológica se plantee preguntas éticas, de que el hombre se interrogue sobre la relevancia moral de su intervención sobre la vida. Se trata de superar la tendencia pragmática del mundo moderno que aplica inmediatamente el saber sin una mediación racional, y mucho menos moral. Efectivamente, la aplicación de cualquier conocimiento científico puede tener consecuencias imprevisibles para la humanidad aunque sólo sea por el efecto de concentrar el poder biotecnológico en manos de unos pocos.

Por consiguiente, en la concepción de Potter la Bioética parte de una situación de alarma y de una preocupación crítica ante el progreso de la ciencia y de la sociedad, expresándose así teóricamente la duda sobre la capacidad de supervivencia

[17]

de la humanidad, paradójica y precisamente por efecto del progreso científico.

---

[3] POTTER V.R., *Bioethics: ihe science of suruiual,* «Perspectives in Biology and Medicine-, 1970, 14 (1), pp. 127-153; ID., *Bioethics: brídge to the future, Nueva York 1971.*

Los descubrimientos que en aquellos años y en los inmediatamente sucesivos sobrevendrían en el campo de la ingeniería genética con la temible posibilidad de fabricar armas biológicas y de alterar el estatuto mismo de las formas de vida, de las especies y de los individuos, harían que esta alarma tuviera una gran resonancia y diera origen a un movimiento de ideas y temores de tipo «catastrofista».

Otra característica del pensamiento bioético de este periodo fundacional es que esta nueva reflexión tenía que ocuparse, al mismo tiempo, de todas las intervenciones sobre la biosfera y no sólo de las intervenciones en el hombre. Se tiene, pues, una concepción más amplia que la de la ética médica tradicional.

Finalmente, en este enfoque está implícita la idea de que la ética debía encontrar sus normas y su fundamentación no fuera del mundo biológico, sino en las leyes mismas de la biosfera considerada en su conjunto. Potter, sin embargo, aunque advertía que era urgente constituir una nueva ciencia que tuviera como objetivos los indicados, no definió sus problemas éticos específicos, y el término dejaba abierto un significado muy amplio con contenidos todavía no muy claros.

Unos años antes de Potter, en 1969, había surgido ya el Hastíngs Center por iniciativa de Callarían y Gaylin, con la encomienda de estudiar y formular normas sobre todo en el campo de la investigación y de la experimentación en el campo biomédico. En Estados Unidos, efectivamente, la discusión sobre los problemas éticos de la experimentación estaba en plena efervescencia —antes aún de que se anunciaran los descubrimientos en el ámbito genético—, por las denuncias y procesos judiciales como consecuencia de algunos clamorosos abusos en el campo de la experimentación en el hombre. En 1963, por ejemplo, en el Jewish Chronic Disease Hospital de Brooklin, en el curso de un experimento se habían inyectado células tumorales vivas a pacientes ancianos, desde luego sin su consentimiento. Y entre 1965 y 1971, se llevó a cabo en el Willowbrook State Hospital de Nueva York una serie de estudios sobre la hepatitis viral, inoculando el virus a unos niños discapacitados que estaban hospitalizados. Estos experimentos hicieron que se recordara con espanto la experimentación salvaje practicada en los campos de concentración de la época nazi[4].

Los principales centros de Bioética en el mundo

Al filósofo Daniel Callarían y al psiquiatra Willard Gaylin, como decíamos antes, se les ocurrió reunir a algunos científicos, investigadores y filósofos para discutir

---

[18]

[4] JONSEN A.R., JAMETON A.L., LYNCH A., *Medical Ethics,* hísfory *of North America in the twentieth century,* en REICH W. T. (coord.), *Enciclopedia of Bioethics,* Nueva York, 1978, pp. 992-1001.

sobre estos problemas. Tales reflexiones llevaron, al año siguiente, a crear una institución dedicada sistemáticamente al estudio de la Bioética, el ¡nstitute of So-ciety Ethics and the Life Sciences, con sede en Hastings on Hudson (Nueva York), conocido prontamente como el Hastings Center, que se propuso como objetivo específico considerar los aspectos éticos, sociales y legales de las ciencias médico-sanitarias Estos estudios despertaron un interés tan grande que al principio no se reparó en los problemas económicos y de logística, de manera que en sus inicios el Centro comenzó a funcionar en la única habitación disponible en la casa de los Callahan, en parte con el dinero que les dio su madre[5]. En 1988 el centro manejaba un presupuesto anual de 1.6 millones de dólares (procedentes en parte de fondos gubernamentales, y en parte de particulares) y contaba ya con 24 miembros en el Comité directivo, 30 miembros en el equipo y cerca de 130 accionistas. Dirigido por su cofundador D. Callahan, a partir de 1987 el Hastings Center se trasladó a Briarcliff Manor (Nueva York), a unos cincuenta kilómetros de la gran metrópolis.

El centro se propuso ser ante todo una institución de investigación independiente, laica, sin fines de lucro, con una predominante actividad educativa respecto del público en general, concebida casi como una misión social. Las finalidades específicas de su actividad son: detectar y tratar de resolver los problemas éticos suscitados por los avances de las ciencias biomédicas y por la profesión médica misma; educar al público en general sobre la relevancia ética de los cada vez más numerosos descubrimientos científicos; contribuir a elaborar directrices sobre los múltiples y difíciles problemas morales que se le plantean a la sociedad contemporánea como, por ejemplo, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la suspensión de las terapias de sostenimiento de la vida, la reproducción artificial, el diagnóstico prenatal o la distribución de recursos en el ámbito de la salud.

De hecho este centro introdujo una amplia temática médica y médico-social en el debate bioético, ampliando sus horizontes respecto de las perspectivas que el mismo Potter tenía, y contribuyó a elaborar proyectos didácticos y lineamientos sobre diversos problemas de bioética especial[6].

Los resultados de estos estudios se han venido publicando en la revista Hastings Center Report, órgano oficial del centro, y en muchas otras monografías.

Por la época en que nacía el Hastings Center, llegaba a la Georgetown University de Washington, D.C., el Dr. Andre E. Hellegers, un gineco-obstetra holandés especializado en fisiología fetal. Habiéndose

---

[5] QUATTROCCHI P., *La bioética, storia di un progetto,* en VELLA C. G., QUATTROCCHI P., BOMPIANI A., *Dalla bioética ai comitati etici,* Milán 1988, pp. 57-97.
[6] CALLAHAN D. (ed.), *The Hastings Center. A short and long 15 years,* Nueva York 1984

trasladado a dicha Universidad con la intención concreta de poner en marcha un programa de investigación

[19]

interdisciplinaria en bioética, con este mismo fin Hellegers invitó en 1968 y 1969 al teólogo moralista protestante Paul Ramsey a impartir algunos cursos en la Facultad de Medicina de la Georgetown University. Estos cursos dieron origen a dos volúmenes, The patient as person y Fabricated man, aparecidos ambos en 1970, que bien podemos considerar como las primeras publicaciones que difundieron la Bioética en Estados Unidos.

Precisamente por esa época la familia Kennedy decidía financiar algunas investigaciones sobre la prevención de las discapacidades mentales congénitas. Las implicaciones éticas de esta investigación indujeron a Hellegers a proponer la fundación de un instituto que se ocupara tanto de la fisiología de la reproducción como de la Bioética. De esta manera surgió, en 1971, The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics, esto es, el primer centro que llevaba formalmente el nombre de «Instituto de Bioética». Después de la muerte de Hellegers, en 1979, la institución tomó el nombre, que ostenta hasta el presente, de Kennedy Institute of Bioethics, siendo oficialmente agregada a la Georgetown University. Durante varios años lo dirigió el Prof. E. D. Pellegrino y actualmente el director del Kennedy Institute es el Prof. R. M. Veatch. En el mismo Kennedy Institute tiene su sede el Center for Bioethics con un director propio, que en la actualidad es Le Roy Walters. Además se llevan a cabo actividades conjuntamente con otros centros de la Georgetown University como la División of Health and Humanities dirigida por Warren T. Reich, dentro del Department of Community and Family Medicine; el Center for Population Research —presente en la Universidad ya desde 1964 y dirigido actualmente por-Beth J. Soldó—; el Asdian Bioethics Program, dirigido por Rihito Kimura, que se propone evaluar las implicaciones éticas originadas por el impacto del desarrollo científico-tecnológico en el campo biomédico en los países asiáticos, y finalmente el European Program in Professional Ethics, dirigido por Hans-Martin Sass, que ha desarrollado programas educativos primero en Alemania y luego en otros países europeos.

El Center for Bioethics y el Kennedy Institute[7], tienen por sede una Universidad, la de Georgetown (fundada por los jesuítas en 1789), la cual, por constitución, está abierta a estudiantes e investigadores de cualquier confesión religiosa; teniendo como principal finalidad la investigación con una metodología interdisciplinaria, al proceder sus miembros del campo de las ciencias humanas, las ciencias sociales y las

[7] WALTERS L., *The Center for Bioethics at the Kennedy Institute,* «Georgetown Medical Bulletin», 1984, 37 (1), pp. 6-8.

de la naturaleza, da preferencia a los ámbitos de la filosofía y de la teología moral, en una confrontación interreligiosa y ecuménica.

---

[20]

Notables por su número y por los temas abordados son las publicaciones que realizan el Centro y el Instituto, entre las cuales una en especial merece ser mencionada: la Encyclopedia of Bioethics, que, publicada en 1978 con la coordinación de W. T. Reich, es única en su género (se está preparando la segunda edición). Publicada en cuatro volúmenes con un total de 1,800 páginas a doble columna, presenta en orden alfabético 315 artículos originales, redactados por 285 colaboradores de quince distintos países. El Kennedy Institute publica, además, bimestralmente los «New Titles in Bioethics», una bibliografía actualizada por temas, además de las «Scope Notes Series», que son fascículos monográficos. De todos modos, la revista oficial es el «Kennedy Institute of Ethics Journal».

Otra actividad importante de este centro es el haber puesto en marcha un servicio de información bibliográfica on-line, llamado Bioethicsline, que cuenta con el apoyo de la National Library of Medicine de Bethesda en Maryland, y que se distribuye por el sistema MEDLARS a unos 2,000 centros en EUA y algunas decenas más de otros centros en el mundo. La biblioteca de la Georgetown University, llamada National Reference Center for Bioethics Literature, recopila las publicaciones más relevantes del área angloamericana. Es en esta área cultural en la que se ha ido constituyendo, sobre todo por iniciativa de T. Beauchamp y J. Childress, la doctrina bioética estadounidense contenida ante todo en su famoso libro Principies of Biomedical Ethics, donde se expone la teoría del «princi-pialismo», de la que hablaremos más adelante[8].

Otro pensador al que hay que citar entre los «padres de la Bioética» es E. D. Pellegrino, del que decíamos que fue director durante muchos años del Center for Bioethics (actualmente dirige el Center for the Advanced Studies in Ethics, también dentro de la Georgetown University) y que, junto con D.C. Thomasma, ha formulado nuevos conceptos sobre la relación médico-paciente, sobre todo en el libro For the Patient's Good[9].

Después de estos dos primeros centros de estudio se difundieron en todo Estados Unidos muchísimos otros centros vinculados en general a universidades u hospitales. Una lista parcial elaborada en junio de 1986 enumeraba más de cincuenta. Entre ellos merece mención especial el

---

[8] BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., *Principies of biomedical ethics,* Nueva York 1989; A. MCINTYRE, *After Virtue. A study in moral theor\¡,* Notre Dame (Indiana) 1981.

[9] PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C, *For the patien's good. The restoration of beneficence in health care,* Nueva York 1986. Los mismos autores habían publicado anteriormente *A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethics of the heaiing professions,* Nueva York 1981.

Pope John XXIII Center de Saint Louis (Missouri), que ha publicado numerosas monografías. Este centro parte de una perspectiva institucional de fidelidad al Magisterio de la Iglesia católica.

[21]

En Montreal, Canadá, funciona asimismo el Centre de Bíoéthique, dentro del Institute de Recherche Clinique, dirigido por D. J. Roy.

En Australia es conocida la actividad del Prof. P. Singer —de enfoque utilitarista—, quien dirige el Center for Human Bioethics dentro de la Monash University de Melburne y que es codirector de la revista Bioethics, de carácter bioecologista[10].

También en Australia funcionan otros dos centros de bioética, de inspiración católica: el Thomas More Center y el St. Vincent's Bioethics Center.

De enfoque contractualista, en cambio, es la actividad de T. H. Engelhardt jr., no vinculada con centro alguno y sobre la cual habremos de volver más adelante. El libro que muestra cumplidamente su pensamiento es The Foundations of Bioethics[11].

Desde Estados Unidos el interés por la Bioética pasó a Europa, pese a que fue en el Viejo Continente donde se habían desarrollado los sistemas filosófico-morales más significativos, que durante siglos inspiraron la vida social. Este retraso tal vez podría atribuirse[12] a la diferente estructuración del sistema sanitario y universitario respecto de EUA, o a las dificultades para organizar un trabajo interdisciplinario, dada la excesiva especialización académica.

En el año académico de 1975-1976 se organizaron en España, en la Facultad de Teología de San Cugat del Valles (Barcelona), varios seminarios de estudio en diversos campos de la Bioética; de estos seminarios nació el Instituto Borja de Bioética[13], dirigido por un discípulo y colaborador de A. Hellegers, Francisco Abel, con la activa colaboración de P. Cuyas. En 1980 esta institución adoptó el estatuto de fundación privada. Además de este centro —el primero que se interesó en España por la investigación en el campo de la Bioética—, se debe señalar el libro de D. Gracia, Fundamentos de Bioética; esta obra parte de un examen histórico-filosófico de la evolución de los conceptos éticos en el campo biomédico desde la escuela hipocrática hasta nuestros días, y traza los que, en la evolución del pensamiento filosófico, han sido los fundamentos del juicio ético en el campo biomédico. El análisis histórico es amplio,

---

[10] SINGER P., *Practica! ethics,* Cambridge 1979; ID., Anima*l liberation: a new ethícs for our*
treatment of animáis, Nueva York 1975.

[11] ENGELHARDT T.H., *The foundation of bioethics,* Nueva York 1986.

[12] AA. VV., *Medical ethics in Europe,* «Theoretical Medicine», 3, 1988; AA. VV., *L'Europe et la **b'.oéthíque.** Actes du Premier Symposium du Conseil **de** l'Europe sur la Bioéthique,* Estrasburgo, 5-7 de diciembre de 1989.

[13] Esíafuíos, mecanografiado, 21 de marzo de 1984.

refiriendo la justificación de los principios de beneficencia y no maleficencia, de autonomía y de justicia, a las diversas etapas del pensamiento ético, desde la antigüedad hasta el pensamiento estadounidense actual.

---

[22]

El autor, abrazando los postulados de la filosofía personalista y fenomenológica de sus compatriotas L. Delgado y X. Zubiri, expone la teoría de la «ética formal de los bienes» como fundamento de la instancia ética universal, negando, por otra parte, la posibilidad de una fundamentación universal en el plano de los contenidos del juicio ético.

El autor prometía que a este primer libro seguiría un segundo volumen sobre bioética clínica.* Pero ya desde ahora se puede considerar como una de las aportaciones más notables en el ámbito internacional[14].

Por iniciativa de algunos profesores de la Universidad Católica de Lovaina, se creó en Bruselas en 1983 el Centre d'Etudes Bioéthiques: se trata de una asociación sin fines de lucro afiliada a la Universidad de Lovaina, dirigida en otro tiempo por el profesor de Filosofía y Ética Médica J. F. Malherbe[15]. Otros centros de interés bioético existen también en Francia, entre los cuales recordamos sobre todo el Institute National de la Santé et de la Recherche Medícale (INSERM), dirigido por C. Ambroselli.

En los Países Bajos el primer instituto de Bioética (Instituut voor Gezondheid-sethiek) fue fundado en Maastricht en 1985 bajo la dirección de M. de Wachter. En Inglaterra la Society for the Study of Medical Ethics de Oxford viene publicando desde 1975 la revista trimestral «Journal of Medical Ethics».

Muchos otros centros de estudio y de reflexión —llamados indiferentemente «de Bioética» o «de Ética biomédica»— han surgido en los últimos tiempos en diversas naciones como Gran Bretaña, Francia, Alemania, Grecia, India, Indonesia, Japón, Holanda, Noruega y Suiza, y en algunos países de América Latina como México**.**

En Alemania hay que señalar la obra de H. Jonás, El principio de responsabilidad, que se cuenta igualmente entre las principales aportaciones a esta disciplina. El autor comparte el punto de partida de Potter, al tomar en consideración las crecientes posibilidades de la

---

[14] GRACIA D., Fundamentos de bioética, pp. 369-382.

[15] MALHERBE J.F., Pour une éthique de la médécine, Lovaina, 1990. Sobre la problemática bioética, sobre todo en materia de demografía y de biopolitica, hay que señalar en Lovaina las obras de SCHOOYANS M., L'avortement enjeux politiques, Longueií 1990; ID., La derive du liberalisme envers le totalitarism, París 1991.

* Apareció en 1991 con el título de Procedimientos de decisión en ética clínica, Eudema, Madrid. (N. del T.J.

** En México funciona el Instituto de Humanismo en Ciencias de ¡a Salud, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad Anáhuac. (TV. del T.).

tecnología, cuyos posibles peligros analiza también. La humanidad tiene la obligación de sobrevivir —éste es el primer mandamiento del autor— y por esto hay que fundamentar una nueva Ética, que llama «del futuro», porque debe basarse en el examen de las consecuencias de las intervenciones

---

[23]

humanas en la biosfera por parte de las futuras generaciones. El criterio que oriente las intervenciones biotécnicas deberá ser el de evitar cualquier posible catástrofe[16].

Ahora merece que dediquemos unas palabras al primer Centro de Bioética que surgió en Italia, en 1985, dentro de la Universidad Católica.

Este centro tiene su sede en la Facultad de Medicina y Cirugía «A. Gemelli» de la Universidad Católica del Sagrado Corazón, en Roma. El organigrama de dirección está constituido por un Comité del que forman parte el Rector, el Director de la Facultad de Medicina (ambos, miembros de pleno derecho) y otros 18 miembros que el Rector designa de entre especialistas médicos, biólogos, filósofos, juristas, moralistas y teólogos. En la actualidad el Centro lo dirige el autor de este Manual, quien representa también el pensamiento del mismo Centro. Recientemente, junto con dicho Centro —y a instancias de la propia Facultad de Medicina «A. Gemelli» y del Consejo Académico de la Universidad Católica del Sgdo. Corazón—, se creó el Instituto de Bioética.

Los objetivos de este Centro son los de promover investigaciones interdisciplinarias sobre los problemas éticos de la biología y de la medicina, y sus implicaciones en el campo asistencial y social; desarrolla, además, actividades didácticas en los cursos de la Facultad (Curso de Doctorado, de Especialización, etcétera) y lleva a cabo actividades de educación permanente mediante cursos dirigidos al personal sanitario y a todos cuantos se interesan directa o indirectamente por los problemas bioéticos.

Entre las actividades del Centro, que es sede de un doctorado en investigación y se vale de investigadores,— de becarios y de médicos asistentes, está el recopilar y clasificar la documentación científica y legislativa, la programación de planes de investigación, y la organización de cursos de enseñanza y actualización, seminarios y ciclos de conferencias, en colaboración también con otras instituciones o grupos.

Actualmente están en curso o en vías de preparación programas de investigación financiados por los ministerios (italianos) de Instrucción Pública y de Sanidad, y por el Centro Nacional de Investigaciones.

El órgano oficial del Centro es la revista «Medicina e Morale», que publica bimestralmente artículos, notas, comentarios y reseñas bibliográficas sobre diversos aspectos de la Bioética, de la Deontología y

---

[16] JONAS H., Das Prinzip Verantwortung, Frankfurt a.M. 1979. Véase del mismo autor: Phüosophical essays. From ancient creed to technological man, Chicago 1974.

de la Moral médica.* De la actividad del Centro y del Instituto de Bioética de la Universidad Católica dan testimonio,

[24]
además de la edición del presente **Manuale di Bioetica** (2 volúmenes), dos colecciones más que cuentan ya en conjunto con diez volúmenes[17].

El Centro de Bioética de la Universidad Católica mantiene una perspectiva filosófica que calificamos como «personalismo ontològicamente fundamentado» de inspiración tomista, y que busca, a partir de este punto de vista, estar en sintonía permanente con el pensamiento católico, sin cerrarse ni excluir el diálogo con otros enfoques.

En ese mismo año de 1984, o tal vez unos meses antes, se inició también en Italia el **Centro de Bioética** de Genova dirigido por L. Battaglia con una connotación bioecologista, vinculándose a la Università degli Studi de Genova[18].

Otro polo importante de reflexión es el vinculado al Instituto Científico Hospitalario San Rafael, de Milán, donde desde 1985 funciona un **Departamento de Medicina y Ciencias Humanas** y se publica una revista de divulgación científica, "KOS", y otra de carácter ético-sanitario, «Sanare infirmos»[19].

Un centro de notable importancia es el de la Fundación «Lanza», el **Proyecto Ética** y **Medicina** de Padua, que se ha propuesto analizar el amplio panorama de problemas éticos que la ciencia y la sociedad plantean, centrando su atención sobre todo en el tema de la ética de la actividad económica y revisando las tendencias en Bioética[20]. Este

---

* De su edición en español, titulada «Medicina y Ética», se encarga en México el ya citado Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, de la Universidad Anáhuac. (N. del T.)

[17] Los volúmenes publicados por el Centro son los siguientes: SERRA A., NERI G. (coord.), Nuova genetica, Milán 1986; SGRECCIA E. (coord.), Iì dono della vita, Milán 1987; MANCUSO S., SGRECCIA E. (coprd.), Trattamento della sterilità coniugale, Milán 1989; BOMPIANI A., SGRECCIA E. (coord.), Trapianti d'organo, Milán 1989; Di PIETRO M.L., SGRECCIA E., La trasmissione della vita nell'insegnamento di Giovanni Paolo II, Milán 1989; ANTICO L., SGRECCIA E. (coord.), Anzianità creativa, Milán 1989; PETRINI M-, Accanto al morente. Prospettive etiche e pastorali, Milán 1990; SERRA A., SGRECCIA E., Di PIETRO M.L., Nuova genetica ed embriopoiesi umana, Milán 1990; SGRECCIA E., BURGALASSI S., FASANELLA G. (coord.), Anzianità e valori, Milán 1991; SGRECCIA E., MELE V. (coord.), Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo, Milán 1992.

[18] CASTIGNONE S. (coord.), Etica ambientale, Actas de la Jornada de Etica ambientalista, Ñapóles 1992.

[19] CATTORINI P., Profilo della scuola di medicina e scienze umane. Educare ad un'intenzione an-tropologica, «Sanare Infirmos», 1988, 3, pp. 19-23.

[20] VIAFORA C, Veni'anni di bioetica...; Io., Fondamenti di bioetica, Milán 1989; ID. (coord.), Centri di Bioetica in Italia: orientamenti a confronto, Padua 1993.

centro, que es de inspiración católica, considera fundamental el diálogo intercultural y trata de confrontar las diversas perspectivas filosóficas en el campo bioético.

De enfoque «laico» —en el sentido de que critica fuertemente la visión católica de la bioética— es **Politeia, Centro para la investigación y la formación** en **política y en ética** de Milán, que tiene por maestro al filósofo U. Scarpelli. También este centro cuenta con varias secciones de ética de la economía, ética del ambiente y de Bioética, dirigida esta última por el filósofo M. Mori[21]. La revista que edita, «Noticias

---

[25]

de Politeia», publica diversas colaboraciones que, aunque de diferente procedencia, reflejan todas no obstante el enfoque analista y utilitarista en el que basa toda su labor de investigación.

También el Instituto «Gramsci» ha puesto en marcha desde hace unos años un Centro de Bioética en Roma.

Otro punto relevante de presencia de la Bioética en Italia lo constituye la cátedra de Antropología de la Universidad de Florencia en la que el Prof. B. Chiarelli ha dado vida a una revista, «Problemas de Bioética», y a la Sociedad Italiana de Bioética. Su punto de vista filosófico refleja el enfoque biologista-evolucionista[22].

Diversas iniciativas han aparecido recientemente animando el panorama italiano, como el Centro di Bioetica surgido en el Instituto Internacional para los Derechos Humanos de Trieste, dirigido por G. Gerin; el Istituto Internazionale di Studi Etici sulla Nuova Biologia (ISENB), que viene organizando en Milazzo congresos internacionales de confrontación, particularmente sobre los temas éticos de la ingeniería genética y de la biotecnología. Hay que recordar, también, el Centro Internazionale di Studi sulla Famiglia en Milán, dirigido por V. Melchiorre, de orientación católica y con una óptica de investigación centrada, precisamente, en la familia. Surgido en 1988, el Gruppo di Atenzione sulle biotecnologie de Milán, se ocupa de las tecnologías biológicas, incluidos sus aspectos éticos. En Sicilia se abrió, en 1991, en la Facultad Teológica de Palermo, el Istituto Siciliano di Bioetica. La Sociedad Italiana para la Bioética y los Comités Éticos es la asociación que en Italia recoge las principales iniciativas en el ámbito bioético; tiene su sede provisional en Milán, en el Instituto Científico San Rafael.

---

[21] MORI M. (coord.), Cuestioni di bioetica, Roma 1988; ID. (coord.), La bioetica: questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo, Milán 1991; SCARPELLI U., La bioetica. Alla ricerca dei prìncipi, «Biblioteca della libertà», 1987, 99, pp. 7-32.

[22] CHÍARELU B., Problemi di bioetica nella transizione fra il II e il IH millennio, Florencia 1990.

La enseñanza de la Bioética en las universidades italianas la llevan a cabo las Universidades Pontificias desde una perspectiva teológica[23], y entre las públicas —además de la Universidad Católica de Roma, donde existe una cátedra y se ha formalizado el Instituto de Bioética perteneciente al Centro de Bioética—, recientemente se ha puesto en marcha en Florencia una cátedra de segundo nivel, que' imparte el Prof. P. Cattorini.

Los Comités de Bioética

La enseñanza de la Bioética en las cátedras universitarias, llevada a cabo hasta ahora sobre todo en las facultades de Medicina, ha contribuido ciertamente a definir mejor esta disciplina. Mientras casi todas las facultades de Medicina de Estados

---

[26]

Unidos ofrecen esta enseñanza, en Europa apenas se inicia aunque se va difundiendo cada vez más; como hemos dicho respecto de Italia, otro tanto —y tal vez con una mayor presencia— se puede decir de España, Francia, Bélgica, Holanda o Alemania.

Un fuerte impulso a la reflexión bioética procede de la creación de los comités de bioética, denominados frecuentemente —comités éticos—.

Este tema de los comités de bioética lo analizamos en el segundo volumen de nuestro Manual[24]; aquí queremos mencionar simplemente que la constitución de los primeros comités de bioética, sobre todo los de carácter nacional o internacional, ha tenido una notable importancia para el desarrollo de esta disciplina.

Debemos recordar aquí, ante todo, la President's Commision de Estados Unidos. Constituida por el entonces presidente J. Cárter, fue ampliada por el presidente R. Reagan[25] en 1982 para analizar, con la participación de expertos y representantes de diversas especialidades, religiones y filosofías, los problemas bioéticos de mayor actualidad como los de la genética, las biotecnologías, la procreación, la asistencia al moribundo y la asignación de recursos para la salud. El método interdisciplinario, con ¡a aportación de la cultura filosófica, teológica y social junto a la científica y biomédica, sería aplicado también en otros

---

[23] Notable es la aportación que hace en el campo teológico D. TETTAMANZI en el volumen: Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo, Casale Monferrato 1990, y en numerosas colaboraciones en las revistas Medicina e Morale» y «Anime e corpi».

[24] SGRECCIA E., Manuaie di Bioética. Aspetti medico-sociaii, II, Milán 1991, pp. 473-508.

[25] USA President's Commission for the study of ethica! probíems in medicine, in biomedical and behavioral research, Washington (DC) 1982. Cfr. MORRIS B., ABRAM L.D., WOLF J.M., Public involuement in medical ethics: a model for gouernment action, «New England Journal of Medicine» March 1984, pp. 628-632.

países. Debemos recordar, en Inglaterra, los trabajos de la Comisión Warnock, que publicó en 1984 el muy conocido Informe referente a los problemas planteados por la procreación[26], y la Comisión Bende en Alemania Federal, constituida para estudiar la misma problemática.

Amplia resonancia ha tenido asimismo el Comité National Consultatif d'Ethique que el entonces presidente de la República francesa F. Mitterrand ordenó constituir a partir de 1984, y cuyos Avis (o «Pareceres») no están destinados sólo a los poderes públicos, sino también a la opinión pública en general.

En Italia el Comitato Nazionale per la Bioética se constituyó en 1990 por iniciativa de la Presidencia del Consejo de Ministros como órgano de consulta suyo. Presidido durante dos años por A. Bompiani, catedrático de Clínica obstétrica y ginecológica, y actualmente por A. Ossicini, catedrático de Psicología, el Comité Nacional de Bioética ha publicado una serie de documentos sobre problemas importantes como la terapia génica, la comprobación de la muerte, el consentimiento informado en medicina, etcétera[27].

---

[27]

Otro factor que ha contribuido a promover la Bioética lo representa el que se hayan ido constituyendo cada vez más comités de bioética en las instituciones de investigación y en los hospitales, a ejemplo de Estados Unidos —donde la experiencia se remonta a los años setenta— con la finalidad de examinar y aprobar los protocolos de investigación clínica y ofrecer pareceres tanto en el ámbito asistencial dentro de los hospitales, como a las instituciones de investigación y a las administraciones públicas locales. En Estados Unidos, ya en 1984 más de 3,000 comités vigilaban sobre la moralidad de la investigación[28].

Mientras tanto, en Europa se constituía en el seno del Consejo de Europa el Comité ad hoc d'experts sur les progrès des sciences biomedicales, CAHBI (anteriormente Comité ad hoc d'experts sur les

[26] GREAT BRTTAIN, WARNOCK COMMITTEE, Report of the inquire into human fertilization and embriólogo (24.6.84), Her Majesry's Stationery Office, Londres 1984.

[27] Los documentos publicados por el Comité Nacional para la Bioética -a cargo del Departamento de Información y Editorial de la Presidencia del Consejo de Ministros— son los siguientes: Terapia genica (15.2.91); Definizione e accertamento della morte nell'uomo (15.2.91); Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche (5.5.91); Documento sulla sicurezza delle biotecnologie (28.5.91); Bioetica e formazione nel sistema sanitario (7.9.91); Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali (30.4.91); Donazione d'organo a fini di trapianto (7.10.91); / Comitati Etici (27.2.92); Informazione e consenso all'atto medico (20,6.92); Diagnosi prenatali (18.7.92); Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica (18.7.92); La legislazione straniera sulla procreazione assistita (18.7.92); La sperimentazione dei farmaci (17.11.92).

[28] «Corriere Medico» del 27 de mayo de 1984.

problèmes éthiques et juridiques de la génétique humaine (CAHGE), comité constituido a propòsito ya en 1982 para estudiar y elaborar pareceres sobre los problemas de la bioética con destino a la preparación de Recomendaciones y Resoluciones que tienen validez como directriz jurídica para los Estados miembros a ¡a luz de los «derechos humanos», codificados sobre todo en la que se considera la Carta fundamental de la Europa comunitaria: la Convención sobre los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, llamada también Convención Europea (1950). Los trabajos, todavía en curso, del CAHBI han proporcionado un amplio material para la reflexión bioética desde la perspectiva concreta de los «derechos humanos», punto de vista de importancia fundamental también para el encuentro intercultural en Europa. Son numerosas ya las Recomendaciones y Resoluciones —estas últimas por iniciativa del Parlamento Europeo o Europa de los Doce— que ya tendremos ocasión de recordar, pues abordan casi todos los problemas de la Bioética. También desde la perspectiva de la confrontación con los derechos humanos hay que recordar la investigación llevada a cabo por iniciativa de la Direction de la Recherche et de l' Enseignement Superieur del Consejo de Europa, que se refiere a la práctica médica ante los derechos humanos. Esta investigación ha dado lugar a dos publicaciones sucesivas, que confrontan los diversos momentos de la investigación y de la práctica médica

---

[28]
con los enunciados de los derechos humanos, de la deontología médica y de la moral religiosa y laica[29].

El Consejo de Europa ha promovido también dos Conferencias internacionales: una en Estrasburgo, sobre la enseñanza de la Bioética en Europa, en diciembre de 1989; y otra, de los Presidentes de los Comités Nacionales de Bioética, en mayo de 1992, en Madrid.

De la ética médica a la Bioética

Para dar cumplida cuenta de las discusiones actuales y de los diversos enfoques de la Bioética, es necesario recordar el itinerario histórico de la reflexión ética en medicina, anterior a la difusión del término mismo de la Bioética y de sus recientes vicisitudes. Algunas etapas a lo largo de los siglos han preparado la adopción de criterios y

[29]Una publicación titulada La médécine et ¡es droits de l'homme. Actes du Colloque de Santa
Margherita Ligure, Estrasburgo, 1985, recoge las colaboraciones preparatorias. La segunda publicación se titula Le médécine face aux droits de l'homme, Padua 1989. Sobre este mismo tema de la confrontación de la actividad médica con los derechos del hombre hay que recordar también el libro de TORREUJ M., Le médécine et les droits de l'homme, París 1983.

categorías filosóficas, y con frecuencia pusieron en marcha y centraron las discusiones mismas sobre temas específicos.

Cuatro etapas son significativas desde este punto de vista: la ética médica hipocrática, la moral médica de inspiración teológica, la aportación de la filosofía moderna y la reflexión sobre los derechos humanos en Europa, sobre todo después de la segunda guerra mundial, a la que acabamos de referirnos. Nuestra exposición no puede ser tan amplia y profunda como la que algún autor ha hecho ya:[30] nos detendremos, pues, solamente en aquellos datos del pasado estrictamente necesarios para la comprensión del momento cultural presente. La aportación de principios y criterios que hacen las filosofías modernas será objeto del capítulo siguiente dedicado a la meta-ética, a los modelos de bioética y al problema de la fundamentación del pensamiento ético.

Al reconstruir el pensamiento ético occidental en el ámbito médico, no podemos pasar por alto a Hipócrates (460-370 a.C.) y su «Juramento».

Son de todos conocidos los problemas de atribución y autenticidad así como de crítica textual referidos a todo el Corpus Hippocraticum, incluido el texto del Juramento[31]. El Corpus es ciertamente el resultado de aportaciones de toda una tradición y no de un pensador y maestro único, pero se sigue sosteniendo aun frente a la crítica histórica la paternidad hipocrática sustancial del pensamiento contenido en el Juramento.

---

[29]

Es D. Gracia[32] quien, a nuestro juicio, hace la exposición más amplia y documentada desde el punto de vista del análisis del texto y de su estructura ético-religiosa, así como de la interpretación histórico-fiiosófica.

Según esta interpretación, el Juramento representa la expresión propia de la cultura de la época, de carácter prejurídico, peculiar de una categoría de personas —los médicos— a la que se consideraba de alguna manera por encima de la ley: la ley era para quienes practicaban oficios comunes de simples ciudadanos; la profesión médica sería, como la del rey o la del sacerdote, una «profesión fuerte», regida por una «moral fuerte», ésa precisamente que se expresa en sentido religioso en el Juramento. La estructura del Juramento comprende:

a) una invocación a la divinidad como introducción característica;

[30] Me refiero sobre todo a la amplia y documentada reconstrucción de D. GRACIA, Fundamentos de bioética, op. cit.

[31] SPINSANTÍ S., Documenti di deontología ed etica medica, Turín 1985.

[32] GRACIA D., Fundamentos de bioética, pp. 45-84.

b) la parte central que consta, a su vez, de dos fragmentos: uno que se refiere al compromiso de respetar al maestro, de transmitir de forma gratuita la enseñanza a los hijos del maestro, y de enseñar en general al que suscribe el Juramento; la otra parte está dedicada más propiamente, a la terapia, que obliga al médico a excluir ciertas acciones como la de administrar veneno incluso a quien se lo solicite; el «aborto provocado»; cualquier abuso sexual hacia las personas del enfermo y de los familiares, y el respeto del secreto médico;

c) y una conclusión, que invoca sanciones por parte de la divinidad en sentido positivo (bendiciones) para quien lo observa, y en sentido punitivo (maldiciones) para quien lo transgrede.

Por esta razón, y conforme a este análisis histórico, no se trataría de un código atemporal, casi como si fuera la expresión escrita de una moral natural —como se consideró hasta el siglo XVIII—, sino de un reflejo de la filosofía y de la cultura de la época que consideraba la profesión médica en un clima de trascendencia y como revestida de un carácter sagrado (sacerdocio fisiológico y carismático).

El resultado que surge de esta interpretación es que este pensamiento hipocrático habría dado, de hecho una fundamentación filosófico-teológica a lo que hoy se denomina «paternalismo médico».

Lo cierto es que el Juramento basa la moralidad del acto médico en el principio, que pasaría a los siglos futuros, definido como «principio de beneficencia y de no maleficencia», esto es del bien del paciente. Puesto que el médico actúa siempre para el bien del enfermo, porque éste es su ethos, entonces lo que él prescribe no necesita de otra confirmación ni siquiera por parte del paciente.

---

[30]

No se trataría, por consiguiente, de una simple moralidad de defensa de la «casta» médica, ni de una especie de moralidad natural, sino de una moralidad fundamentada en el principio sagrado del bien del paciente cuyo custodio inapelable es el médico, por encima de la ley y de cualquier suspicacia. Sin embargo, en la concepción hipocrática no se puede ignorar —precisamente en relación con la evolución del pensamiento ético-filosófico sucesivo, el de Sócrates, Platón y Aristóteles— el esfuerzo por establecer unos criterios no subjetivos de moralidad, basados, por esto mismo, en la verdad objetiva: por encima de sus mismos deseos subjetivos, está la consciencia del bien en sí y del respeto a la persona[33].

En lo que sí concuerdan todos los autores es en que el pensamiento hipocrático quedó como un «canon» para toda la cultura clásica y la de la Edad Media. Dan testimonio de esta influencia casi universal del Juramento de Hipócrates otras fórmulas análogas

[33] REALE G., ANTISERI D., // pensiero accidéntale dalle origini ad oggi Brescia 1983 1 pp 76-78.

difundidas en diversas culturas como el «Juramento de Asef Ben Berachyau» en la Siria del siglo VI; «La oración diaria del médico» del cordobés Maimónides (1135-1204) en Egipto, o los «Deberes de! médico» de Mohamed Hasin (1770) en Persia.

La aparición del principio de autonomía, así como la afirmación del pensamiento moderno y del liberalismo ético de Hume, Smith, Short Mell o Gregory; y luego la formulación de los derechos del ciudadano y de los derechos humanos, representan ciertamente un «antipaternalismo médico», como afirma también D. Gracia. Y sin embargo estos nuevos principios no podrán borrar del todo el principio de beneficencia como momento de validez y de garantía para la autonomía tanto del paciente como del médico.

Tampoco la idea de justicia difundida en el pensamiento social contemporáneo podrá eliminar este principio de beneficencia, que nosotros consideramos fundamentado no en la presente trascendencia ahistórica de la profesión médica, sino en la idea de bien y de verdad, y que consideramos fundamental para la consistencia misma de los. otros principios de autonomía y de justicia, como veremos mejor en el capítulo que dedicamos a la fundamentación del juicio ético.

La Bioética actual, por tanto —sobre todo la que se remite a los famosos principios de no maleficencia-beneficencia, autonomía y justicia—, bebe una vez más en las fuentes de una tradición histórica que viene de antiguo y que recorre todo el proceso evolutivo del pensamiento occidental.

En esta reconstrucción retrospectiva no se puede dejar de mencionar la aportación del cristianismo, de la teología cristiana, de su práctica en el ámbito sanitario y del Magisterio de la Iglesia, sobre todo el de la Iglesia católica.

---

[31]

El cristianismo no se limitó a acoger con beneplácito la ética hipocrática sino que, al igual que actuó con el pensamiento platónico y aristotélico, introdujo también nuevos conceptos y nuevos valores tanto por la enseñanza como mediante la práctica asistencial.

Estas aportaciones se pueden detectar ante todo en la fundamentación definitiva del concepto de «persona humana», en la nueva configuración teológica de la asistencia al enfermo y de la profesión médica, en la búsqueda y activación del diálogo positivo, especialmente en el ámbito católico, después de las dificultades iníciales, en tiempos de Galileo, entre la razón científica y la fe religiosa.

El valor de la persona humana en el cristianismo —personalismo cristiano-surge de la superación del dualismo clásico, por lo que no sólo el alma espiritual, sino todo el hombre en su unidad cuerpo-espíritu es considerado como criatura de Dios, custodio co-responsable de la tierra y de la vida en el mundo ante el Creador mismo.

Por lo demás, en virtud del misterio de la Encarnación-Redención, el hombre —todos los hombres, sobre todo el más necesitado— es considerado imagen visible de Cristo, y cualquier acto de ayuda es percibido y valorado como expresión de la caridad del Redentor y como fundamento del juicio final y escatológico; de tal manera que cuanto se hace a un enfermo es juzgado en términos del «a mí me lo hicieron»[34].

La nueva visión del mundo y de la humanidad en sentido personalista, de creación y de redención, lleva a la comunidad cristiana a poner en marcha esos hospitales que encarnan la parábola del Buen Samaritano[35] en la historia del mundo cristianizado: al menos durante 17 siglos, la Iglesia católica y la comunidad cristiana se harían cargo de la salud pública como un deber de fraternidad y como una confirmación de la autenticidad de su mensaje.

Incluso después de la Revolución francesa, cuando se afirma el concepto de «hospital civil» y de «derecho» ciudadano a la asistencia, las comunidades cristianas sentirán el derecho-deber de seguir dando asistencia al enfermo, no sólo en el sentido de «suplir» a la sociedad civil en los países no desarrollados, sino también y sobre todo como «testimonio» de la fraternidad querida por Cristo para con el hombre doliente.

La figura del médico en sentido cristiano, cuando este sentido teológico se capta adecuadamente, no es la de un personaje hierático, que está por encima de la ley moral, sino la del que está llamado a ser servidor (diáconos) de los que sufren, como expresión de la comunidad de aquellos que tienen la obligación de «tomar a su cuidado» a los hermanos; por su figura teológica está llamado directamente

---

[32]

a representar al Buen Samaritano, esto es, a Cristo mismo que toma a su cuidado a la humanidad doliente. Como el Evangelio manda ver en el enfermo al «Cristo paciente», así pide que en el médico se pueda reconocer al «Cristo siervo».

Es en nombre de esta teología como las Iglesias han desarrollado una moral teológica que proclama la sacralidad e inviolabilidad de la vida de toda criatura humana; que condena el aborto, el infanticidio, la eutanasia, las mutilaciones, y que desarrolla una «moral médica» que cada vez va tomando más cuerpo, desvinculándose gradualmente de los tratados medievales y renacentistas, desde los que consideraban los temas de la ética médica dentro del tratado De Iustitia o bien del comentario al mandamiento de «No matarás», hasta los libros de moral médica más recientes en los que el fundamento del juicio ético respecto de la actuación del médico se deduce de los datos de la Revelación y no

---

[34] Mateo 25,40.

[35] Lucas 10, 30-37.

ciertamente sólo de los preceptos de Hipócrates, cuyo Juramento de todos modos siempre fue reconocido como expresión de eticidad tanto por el mundo cristiano como por el islámico.

Continuación de este interés secular es la constante enseñanza magisterial de la Iglesia católica y también de las otras confesiones cristianas sobre los problemas que la ciencia médica plantea más que nunca en la época contemporánea. Un periodo histórico significativo, en el que alcanza su máxima expresión la «moral médica» en el campo católico, son los años del pontificado de Pío XII. Quien repasa —y merece la pena reanudar sistemáticamente esta labor— las enseñanzas de los Discursos y Radiomensajes de Pío XII dirigidas a los médicos, advierte que son dos las «provocaciones» que en ellas se sobreentienden: la presencia de los crímenes nazis (y no sólo los perpetrados en los campos de concentración) y el avance de un progreso tecnológico que en su ambigüedad podía y puede llevar a la opresión ya la supresión de la vida humana.

Es precisamente en esta encrucijada histórica cuando hay que situar también el nacimiento de la Bioética[36]. Pero, tras el pontificado de Pío XII, la reflexión de la moral católica en el campo médico se ha venido enriqueciendo continuamente con las enseñanzas de sus sucesores; de tal manera que incluso en el ámbito internacional los pronunciamientos de las Iglesias en general y de la Iglesia católica en particular son objeto de una atenta consideración, porque el médico no puede ignorarlos, tanto en razón de su propia pertenencia religiosa, como en razón de la obediencia religiosa del paciente, así como por las razones objetivas en que se basa la indicación o la norma moral.

De esta forma, además de la colección de Discursos y Radiomensajes de Pío XII dirigidos a los médicos, no podemos dejar de mencionar los documentos del

---

[33]

Concilio Vaticano II, en especial la Constitución Pastoral Gaudium et Spes en la parte dedicada a la concepción del hombre y de la familia; la Enciclica Humanae Vitae de Pablo VI (27 de julio de 1968); la Declaración sobre El aborto provocado de la Congregación para la Doctrina de la Fe (organismo doctrinal de la Iglesia católica) del 18 de noviembre de 1974; la Declaración acerca de Ciertas cuestiones de inorai sexual, del 29 de diciembre de 1975, y la Carta a los Obispos sobre La esterilización en los hospitales católicos, del 13 de marzo de 1975. De Juan Pablo II habrá que recordar los múltiples discursos referidos a la moral conyugal, la Exhortación Apostólica Familiaris Consortio (del 22 de noviembre de 1981) y, durante su pontificado, la

[36] Sgreccia E., La bioética, fondamenti e contenuti, «Medicina e Morale», 1984, 3, pp. 285 306, y del mismo autor, La bioética tra natura e persona, «La Famiglia», 1985, 108, pp. 30-42

Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre la eutanasia Iura et bona, del 5 de mayo de 1980, así como la Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación (22 de febrero de 1987)[37].

Las otras Iglesias cristianas y las demás confesiones religiosas han ofrecido igualmente indicaciones a sus propios fieles y formulado propuestas al mundo médico y político, a las que nos referiremos cuando tratemos los diferentes temas en particular. De momento, recordemos los señalamientos del Consejo Ecuménico de las Iglesias de Ginebra sobre el aborto y el diagnóstico prenatal, que llevan por título Manipulating Ufe: ethical issues in genetic engineering (Ginebra 1982).

Procedente del mundo islámico, recordamos el Código islámico de ética médica de la Conferencia internacional sobre la Medicina Islámica, celebrada en Kuwait en enero de 1981[38].

Para completar el panorama histórico de las aportaciones a la formulación de los principios y criterios de conducta en el campo biomédico, hay que recordar una en la vertiente laica, de gran relevancia en su naturaleza jurídica y deontológica, que se produjo como consecuencia del proceso de Nuremberg (1945-1946).

En este juicio contra los criminales nazis se dieron a conocer al mundo delitos perpetrados en prisioneros y civiles por orden del régimen nazi con la colaboración

---

[34]

de los médicos. Estos delitos se conocen hoy, al estar recogidos en las actas del proceso[39], como un testimonio en negativo de los extremos a los que puede llegar el poder absoluto desvinculado de la moral o como presunto usurpador de la moral misma, incluso con la colaboración de médicos que se dejaron instrumentalizar por el poder político, y que se consideraban justificados porque «se sentían coaccionados».

Dos líneas de normas se desarrollaron a partir de este momento trágico, que para algunos podría constituir el nacimiento «implícito» de la

---

[37] La edición oficial de los Documentos del Magisterio católico, que citaremos en particular en los capítulos siguientes, está a cargo de la Editrice Poliglotta Vaticana. Tenemos así la recopilación completa de los documentos de los Pontífices en las siguientes colecciones: Pío XI!, Discorsi e Radiomessaggi, Ed. Poliglota Vaticana, vols. 1-20; JUAN XXIII, Discorsi, messaggi, colloqui del S. Padre Giovanni **XXIII,** Libreria Editrice Vaticana, vols. 1-16; JUAN PABLO II, Insegnamenti di Giovanni Paolo II, Libreria Editrice Vaticana, vols. 1-9. No obstante, las Acta Apostolicae Sedis (AAS) siguen siendo el òrgano oficial para cada documento. «L'Osservatore Romano» también es òrgano oficioso de la Iglesia católica. Una recopilación reconocida y autorizada de los documentos de la Santa Sede se tiene, en Italia, en la colección «Enchiridion Vaticanum», Dehoniane, Bolonia. En ANGEUNI F. (coord.), Discorsi ai medici, Roma, 1959, se encuentra una recopilación de los Discursos de Pío XII a los médicos.

[38] Código Islámico de Ética Médica (enero de 1981), en SPINSANTI S., Documenti di deontologia...,pp. 106-186.

[39] LIFTON R.J., / medid nazisti, Milán 1988

Bioética: la formulación de los «derechos humanos» y la aprobación, que poco a poco se iría actualizando, de los «Códigos de Deontología médica» elaborados por dos grandes organismos, la Asociación Médica Mundial (AMM) y la Federación de los Colegios de Médicos. Esta legislación y estas normas necesariamente implicaban y requerían una reflexión teóricamente fundamentada, que por fuerza de las cosas debía desembocar en una disciplina sistemática, que es precisamente la Bioética.

Siguiendo la primera línea se desarrolló toda una codificación, desde la Declaración universal de los derechos humanos, publicada por la Organización de las Naciones Unidas (10 de diciembre de 1948), y la Convención de salvaguardia de los derechos del hombre y de las libertades fundamentales (Tratados de Roma del 4 de noviembre de 1950) —que contienen afirmaciones comprometiendo a defender la vida y la integridad física juntamente con la defensa y la salvaguardia de otras libertades fundamentales civiles y políticas—, hasta toda una serie de Declaraciones, Convenciones, Recomendaciones y Cartas. Entre las Recomendaciones recordamos a modo de ejemplo la número 29/1978 del Consejo de Europa sobre la obtención de órganos y tejidos; la Recomendación relativa a los derechos de los enfermos y de los moribundos — también del mismo Consejo de Europa, del 29 de enero de 1976—, y más recientemente, la Recomendación número 1046 del 29 de octubre de 1986 sobre la utilización de embriones y fetos humanos.

Cuando tratemos cada uno de los problemas en particular citaremos estos documentos por la autoridad cultural que tienen y por los valores éticos a los que hacen referencia. Se sabe que, en cuanto a fuerza jurídica, las Declaraciones, las Convenciones y las Recomendaciones tienen un peso normativo diferente: las Recomendaciones en particular presentan un auténtico valor jurídico desde el momento en que son acogidas por los Estados, pero en todos los casos tienen un significado cultural y ético.

Entre los Códigos deontológicos recordamos el Código de Nuremberg de 1946, y el Código de Ética Médica publicado en Ginebra en 1948, que contiene el llamado Juramento de Ginebra, por parte de la AMM, código continuamente

---

[35]

actualizado por la misma Asociación, por ejemplo en Londres en 1949. Muy conocido de todos es también el Código de Helsinki sobre la experimentación y las investigaciones biomédicas, publicado igualmente por la AMM y actualizado primeramente en Tokio, en 1975, y luego en Hong Kong, en 1989.

Sobre la determinación del momento de la muerte y los cuidados en la fase terminal de la enfermedad, está la Declaración de Sidney que hizo la misma AMM en 1968 y actualizó en Venecia, en 1983.

Tampoco hay que olvidar el reciente documento titulado Principios de Ética Médica Europea, publicado en París el 6 de enero de 1987 por la Conferencia Internacional de los Colegios de Médicos de la Comunidad Económica Europea (CEE) —otro autorizado organismo en el ámbito de la profesión médica—, y presentado al Parlamento Europeo para su aprobación a nivel comunitario[40].

El problema de la definición

El itinerario histórico —el retrospectivo y el reciente— de la Bioética que hemos recordado, revela un amplio espectro de problemas abordados, de contenidos y de criterios evocados: a partir del primer enfoque teórico de interés predominantemente bioecológico (Potter, Jonas) con connotaciones de «catastrofismo», que cuestiona el concepto ochocentista del progreso unidireccional y automáticamente beneficioso para la humanidad, la Bioética se va enriqueciendo «con las aportaciones de diversos Centros estadounidenses y europeos» con nuevas reflexiones de índole ético-filosófica sobre problemas, viejos y nuevos, de la medicina, de la demografía y de la investigación experimental en el hombre y en el animal; acentúa la relación entre vida humana y vida infrahumana y, finalmente, se confronta con las aportaciones de la ética médica clásica y de las diversas doctrinas religiosas, y con los derechos humanos.

De aquí surge el problema ante todo de cómo definir la Bioética, problema que hasta ahora no parece haberse resuelto.

Hay quienes configuran la Bioética como un movimiento de ideas históricamente, o historicísticamente, cambiantes; quienes la consideran más bien como una metodología de confrontación interdisciplinaria entre las ciencias biomédicas y las ciencias humanas; quienes reducen la reflexión bioética a una articulación de la filosofía moral, y quienes consideran en cambio que esta reflexión puede ser definida como una disciplina autónoma, con una función propia no identificable con la Deontología ni con la Medicina legal o los derechos humanos, aunque no

---

[36]

pueda dejar de tener una conexión y ciertos puntos de confrontación con tales disciplinas, ni considerarse tampoco como una sección de la más conocida y antigua Ética médica[41].

Del recorrido hecho hasta aquí en sentido geográfico-cultural tanto respecto de la Bioética más reciente y propiamente dicha, cuanto de las múltiples aportaciones anteriores de la Ética médica, de la Moral religiosa y de la Deontología y de los derechos humanos, resulta que nos

---

[40] Una recopilación parcial de textos deontológicos se encuentra en SPINSANTI S., Documenti di deontología e etica medica, Turín 1985.
[41] BOMPIANI A., Bioética in Italia. Lineamenti e tendenze, Bolonia 1992.

encontramos ante un panorama ciertamente muy amplio pero, por otra parte, discretamente caracterizado.

Por ello, creemos ante todo ya suficientemente adquirido el dato de que, bajo la denominación de Bioética ha de entenderse también la Ética médica propiamente dicha; y que, por consiguiente, la Bioética no es una parte reciente y añadida de la Ética médica, sino que la ética que concierne a las intervenciones sobre la vida debe entenderse en sentido extensivo, a fin de abarcar también a las intervenciones sobre la vida y la salud del hombre. Por lo demás, para poder avanzar la medicina se vale hoy día cada vez más de la investigación básica en el ámbito biológico, vinculándose también en sentido social con el componente ambiental[42].

La definición que ofrece la Enciclopedia of Bioethics de 1978 viene a coincidir con esta acepción; de hecho, esa definición se formula como sigue: «Estudio **V** sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales»[43]

El campo de las ciencias de la vida y de la salud incluye, por consiguiente, la consideración de la biosfera, además de la de la medicina; las intervenciones pueden referirse a las profesiones médicas, pero también a las poblaciones, por ejemplo las que se refieren a los problemas demográficos y ambientales.

Lo específico de este estudio sistemático está constituido por la referencia a valores y principios morales, y por ello a la definición de criterios, juicios y límites de licitud o ilicitud.

Este tipo de estudio, por consiguiente, no se puede reducir ni a la Deontología médica, ni a la Medicina legal, ni a la simple consideración filosófica.

En una Reunión Internacional llevada a cabo en Erice (Italia), en febrero de 1991, que tenía como tema de análisis las New trends in forensic haematology and genetics, un grupo de estudio elaboró, en un documento llamado precisamente Documento de Erice, el objeto de la Bioética y la relación entre esta disciplina y la Deontología y la Ética médica, tras varias polémicas sobre el papel

---

[37]

de la Bioética entre los especialistas en Medicina legal. En ese documento se reconoce la competencia de la Bioética en estos cuatro ámbitos:

a) los problemas éticos de las profesiones sanitarias;

b) los problemas éticos que se plantean en el campo de las investigaciones sobre el hombre, aunque no sean directamente terapéuticas;

---

[42] IANDOLO C., Etica clinica e bioetica, «Giornale Italiano di Formazione Permanente del Medico» XV,2, 1987, pp. 88-103.

[43] REICH W.T. (coord.), Enciclopedia of Bioethics, Nueva York 1978, I, p. **XIX.**

c) los problemas sociales inherentes a las políticas sanitarias (nacionales e internacionales), a la medicina del trabajo y a las políticas de planificación familiar y de control de la natalidad;

d) los problemas relacionados con la intervención sobre la vida de los demás seres vivos (plantas, microorganismos y animales) y, en general, lo que se refiere al equilibrio del ecosistema.

Por lo que se refiere a las relaciones con la Medicina legal y la Deontología profesional, el documento se expresa de esta manera:

«1. La Bioética es un área de investigación que, valiéndose de una metodología interdisciplinaria, tiene por objeto «el examen sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, analizando esta conducta a la luz de los valores y principios morales", según la definición aceptada de la Enciclopedia of Bioethics (1978). Su aspecto específico deriva del tipo de problemas que aborda, de la naturaleza de las instancias éticas y de la metodología utilizada.

En cuanto ética aplicada al «reino de lo biológico» —el cual designa un universo mucho más amplio que el de la medicina—, la bioética incluye a la ética médica tradicional y se amplía aún más al abarcar:

a) los problemas éticos de todas las profesiones sanitarias;

b) las investigaciones sobre el comportamiento, independientemente de sus implicaciones terapéuticas;

c) los problemas sociales vinculados con las políticas sanitarias, la medicina del trabajo, la sanidad internacional y las políticas de control demográfico;

e) los problemas de la vida animal y vegetal en relación con la vida del hombre.

La bioética tiene por finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedícina y de su vinculación con el ámbito del derecho y de las ciencias humanas. Dicha finalidad implica la elaboración de lineamientos éticos fundados en los valores de la persona y en los derechos humanos, respetando a todas las confesiones religiosas, con una fundamentación racional y metodológica científicamente apropiada. Tales lineamientos éticos tienen también por finalidad la de poder ser aplicados —por la orientación que se le dé—, además de a la conducta personal, también al derecho que hay que formular y a los actuales y futuros códigos deontológicos profesionales.

Los instrumentos de estudio de la bioética proceden de la metodología interdisciplinaria específica que se propone: el análisis, profundo y actualizado,

---

[38]

de la naturaleza del hecho biomédico (momento epistemológico); evidenciar las implicaciones en el plano antropológico (momento

antropológico), y detectarlas «soluciones" éticas y las justificaciones de orden racional en que se sustentan tales soluciones (momento de aplicación) [...]

2. La Deontología médica es una disciplina que tiene por objeto estudiar las normas de comportamiento profesional específicas de las profesiones sanitarias. Esta disciplina incluye tres órdenes de normas:

a) Las normas morales, objeto de la ética médica tradicional, y que hoy se consideran dentro de la Bioética, «para cuya construcción la ética médica preparó el terreno";

b) Las normas deontológicas propiamente dichas, recogidas en los códigos, así como por toda la tradición oral y escrita de la profesión médica;

c) Las normas jurídicas de cada país.

Finalidad de la Deontología médica es la profundización esencial y la actualización de las normas y reglas de conducta de la profesión médica. Los instrumentos de estudio de las tres áreas son diferentes:

a) El estudio de las normas morales y de su relectura actualizada se lleva a cabo en estrecha vinculación con las conclusiones que provienen de la Bioética;

b) La actualización de las normas deontológicas propiamente dichas comporta el compararlas constantemente con los códigos deontológicos nacionales e internacionales;

c) Las normas jurídicas de carácter deontológico se estudian bajo el perfil del derecho vigente y del que cada país ha de formular, con la finalidad también —de buscar una correspondencia con los valores deontológicos (...)

La Medicinal legal es por naturaleza una ciencia interdisciplinaria que estudia, con una metodología específica, los contenidos biológicos y médicos de las normas jurídicas a fin de permitir una mejor interpretación, aplicación y desarrollo de los mismos, y que colabora con la justicia y con los particulares en la solución de aquellos casos que requieren investigaciones y evaluaciones de orden biológico y/o médico. (...)

La enseñanza de la Medicina legal está naturalmente vinculada, mediante la enseñanza de la Deontología médica, con la Bioética —disciplina ciertamente de más eminente autonomía y de alcance más amplio—; la cual, con su propia metodología y con los resultados a los que llega, contribuye a la actualización y a la justificación epistemológica de la normativa deontológica, a orientar la elaboración de normas y leyes, y a enmarcar las intervenciones sobre la vida humana en el ámbito más amplio de la biosfera, cuyos criterios y límites de licitud se someten a discusión»[44].

---

[44] SOCIETÁ ITALIANA DI MEDICINA LEGAIE DELLE ASSICURAZIONI, **//** Documento di Erice sui rapporti della Bioética e della Deontología Medica con la Medicina Légale, 53rd



Course «New Trcnds in Forensic Haematology and Genetics. Bioethical Problcms», Erice, 18-21.2.1991 (publicado en «Medicina e Morale», 1991, 4, pp. 561-567).

[39]
Esta definición, como la que Reich ofrece en la Enciclopedia of Bioethics, no precisa cuáles son los valores y los principios morales, ante la pluralidad de enfoques filosóficos que es tarea de la Bioética discutir y examinar. Dejamos para el capítulo siguiente la descripción de estas diferentes orientaciones que, por lo demás, se encuentran en las discusiones de cada uno de los problemas específicos.

Como última anotación descriptiva podemos decir que el tratamiento de la Bioética ha configurado ya tres distintos momentos: la bioética general, la bioética especial y la bioética clínica:

BIOÉTICA
- bioética general
- bioética especial
- bioética clínica

a) La bioética general, que se ocupa de los fundamentos éticos, es el razonamiento acerca de los valores y principios originarios de la ética médica, y sobre las fuentes documentales de la bioética (derecho internacional, deontología, legislación). En la práctica, constituye una auténtica filosofía moral en su parte fundamental e institucional.

b) La bioética especial analiza los grandes problemas, abordados desde un punto de vista general, tanto en el terreno médico como en el biológico: ingeniería genética, aborto, eutanasia, experimentación clínica, etcétera. Son los grandes temas que constituyen la columna vertebral de la bioética sistemática y que, obviamente, deben ser resueltos a la luz de los modelos y de los fundamentos que el sistema ético adopta como base y justificación del juicio ético. Esta, por tanto, no puede por menos de vincularse con las conclusiones de la bioética general.

c) La bioética clínica o de toma de decisiones, que examina en la práctica médica concreta y en el caso clínico los valores que están en juego o los medios correctos por los que se puede encontrar una línea de conducta sin modificar tales valores: la elección o rechazo de un principio o de un criterio de valoración condicionará la evaluación del caso, por lo que, a nuestro juicio, no se puede separar la bioética clínica de la general, aun reconociendo que los casos concretos presentan siempre, o casi siempre, múltiples y diferentes aspectos que hay que considerar y valorar.

Bioética y antropología

De todo lo hasta aquí dicho se saca en conclusión que no se puede concebir a esta nueva disciplina como un simple cotejo con las opiniones y las posiciones éticas

---

[40]
adoptadas por la sociedad y la cultura, sino que, debiendo sugerir valores de referencia y lineamientos operativos cuando se tiene que tomar una

decisión, deberá comprometerse en proporcionar respuestas objetivas sobre criterios racionalmente válidos. Indudablemente no puede faltar la confrontación, pero en un marco de discusión crítica y de orientación normativa.

No se podrá prescindir entonces de una antropología de referencia, en la que el valor de la vida física corporal, del amor conyugal y de la procreación, del dolor y de la enfermedad, de la muerte y del morir, de la relación libertad-responsabilidad, individuo y sociedad, tenga su marco y su valoración ética. El pensamiento personalista, el de un personalismo ontológicamente fundado, encuentra en esta reflexión un punto de enriquecimiento y de confrontación cultural. Responder a los problemas planteados por los avances científicos ya citados y por la organización social de la medicina y del derecho, quiere decir replantearse la pregunta sobre el valor de la persona, sobre sus prerrogativas y sus deberes. La luz de la Revelación cristiana, interpretada por el Magisterio, será un punto de referencia no sólo sociológicamente relevante por la presencia de los creyentes en la sociedad, sino también valiosa para tener esa visión integral de la persona humana, sometida siempre a «reducciones» ideológicas y biológicas y cada vez más amenazada de instrumentalización.

La Bioética, al igual que cualquier ética humana y social, tiene como puntos de referencia el valor fundamental de la vida; el valor trascendente de la persona; la concepción integral de la persona, que resulta como una síntesis unitaria.de los valores físicos, psicológicos y espirituales; la relación de prioridad y complementariedad entre persona y sociedad, y una concepción personalista y «comunional» del amor conyugal. Estos valores habrán de ser confrontados con los problemas que origina el desarrollo de la ciencia biomédica, ciencia que hoy parece haber lanzado entusiasmada las campanas al vuelo, dejando casi en la penumbra los grandes desafíos que tiene aún ante sí, como el de las enfermedades todavía no dominadas o la prevención de los males queridos por la misma sociedad tecnológica y generados por la explotación ecológica.

Bioética y teología moral

La Bioética se especifica y se distingue también respecto de la teología moral, llamada comúnmente «moral médica». Esta parte de la moral, dirigida a la formación del personal sanitario, considera estas intervenciones a la luz de la fe y, por esto, a la luz de la Revelación cristiana, especificada por el Magisterio. De este modo, tiene su razón de ser en cuanto que es una reflexión acerca de los datos de la fe y acerca de la aplicación de la ley divina en el comportamiento humano;

[41]
y es válida sobre todo para la comunidad de los creyentes, aun cuando muchas conclusiones lleguen a coincidir con las de la filosofía moral simplemente.

Pero nos parece que sería inadecuado e inútil para la fe misma negar la legitimidad y la necesidad de una reflexión racional y filosófica acerca de la vida humana y, por esto también, acerca de la licitud de las intervenciones sobre el hombre por parte del médico y del biólogo: la vida humana es ante todo un valor natural, racionalmente conocido por todos cuantos hacen uso de la razón. El valor de la persona humana es revalidado por la Gracia y por los dones del Espíritu Santo, pero no deja de ser para todos, sean o no creyentes, un valor intocable. Es contrario a la tradición de la Iglesia negar el valor de la razón y la legitimidad de la ética racional, llamada también natural.

En realidad, incluso en el reciente debate sobre el aborto muchos han corriendo el riesgo de pensar que se trataba de un problema de tener o no tener fe, cuando la vida humana es vida humana como tal para todos los hombres, y la obligación de respetarla es deber del hombre en cuanto hombre, no sólo en cuanto creyente; el creyente tendrá razones sobrenaturales para reforzar su convicción, pero estas razones no se deben usar para dispensar a todos los hombres de buena voluntad y de razón recta, de reflexionar sobre los hechos humanos a la luz de la razón[45].

La misma Iglesia católica condenó durante siglos cualquier posición fideísta que privara a la razón y a la inteligencia de su peso y su valor, con el mismo vigor con que ha condenado las herejías en el terreno de las verdades reveladas; la Iglesia ha defendido más bien el principio de la armonía entre la ciencia y la fe, entre razón y Revelación: una armonía no siempre fácil e inmediata tanto por la debilidad de la mente humana, como por las presiones ideológicas o por la dificultad intrínseca de los problemas.

Es este un punto delicado y esencial que implica la relación hombre-Dios, naturaleza-sobrenaturaleza, filosofía-teología. Razón y Revelación tienen el mismo autor, que es Dios, y merecen por eso igual respeto, requieren idéntico apoyo[46].

---

[45] «El respeto de la vida humana no se impone sólo a los cristianos: basta la razón para exigirlo basándose en el análisis de lo que es y debe ser una persona», Declaración sobre El aborto provocado de la Congregación para la Doctrina de la Fe del 18.11.1974.

[46] «Si la investigación metódica en todos los campos del saber se lleva a cabo de una forma auténticamente científica y conforme a las normas morales, nunca será en realidad contraria a la fe, porque las realidades profanas y las de la fe tienen su origen en un mismo Dios... A este respecto son de deplorar ciertas actitudes que, por no comprender bien el sentido de la legítima autonomía de la ciencia, se han dado algunas veces entre los propios cristianos; actitudes que, seguidas de agrias polémicas, indujeron a muchos a establecer una oposición entre la ciencia y la fe» (Gaudium et Spes, n. 36). «El Sagrado Sínodo, recordando io que enseñó el Concilio

Este encuentro es tanto más urgente y necesario cuanto que nos movemos en el campo de las ciencias experimentales, que tienen por objeto realidades intramundanas y corpóreas y que utilizan un procedimiento racional.

---

[42]

Por lo demás, esto es hoy especialmente necesario, después de un largo periodo de «silencio de la metafísica», que ha dejado abandonada la verdad humana a merced de los poderes políticos, nacidos dentro del materialismo, del absolutismo y del historicismo; en consecuencia, el relativismo se ha apoderado de nosotros.

El diálogo entre ciencia y fe sólo puede establecerse por medio de la razón, que es la referencia común para una y otra. De aquí nace y ha nacido la exigencia de una reflexión filosófico-moral también en el campo médico y biológico.

A este propósito hay que preguntarse si puede existir una ética puramente racional, «laica», de tal manera que pueda prescindir de la afirmación de la existencia de un Absoluto; o bien si, precisamente en virtud de la ética fundamentada racionalmente sobre los valores naturales, no se debe descubrir en el interior de dichos valores, sobre todo como garantía del valor-persona, la existencia de un Absoluto.

Compartimos el pensamiento de los que afirman la legitimidad de una ética racional «laica» en el plano fenomenològico, gnoseologico y ontològico inmediato; mientras que si el razonamiento, como es obligado, se ve empujado hacia la fundamentación metafísica última y mediata, la racionalidad misma deberá concluir en la afirmación del Dios Absoluto, raíz última de la trascendencia del valor-persona y de las normas éticas[47].

Esta vinculación entre la ética racional —que se basa en la metafísica y que, a partir de la afirmación del valor-persona, llega a la afirmación de la existencia de Dios— y la Revelación cristiana, favorece el diálogo entre la razón y la Revelación, entre la ciencia y la fe.

Por todo ello, la Bioética deberá ser, a nuestro juicio, una ética racional que, a partir de la descripción del dato científico, biológico y médico, analice racionalmente la licitud de la intervención humana sobre el hombre. Esta reflexión ética tiene su polo inmediato de referencia en la persona humana y en su valor trascendente, y su referencia última en

---

Vaticano 1, declara que "existen dos órdenes de conocimiento" distintos, el de la fe y el de la razón; y que la Iglesia no prohibe que "las artes y las disciplinas humanas gocen de sus propios principios y de su propio método..., cada una en su propio campo"; por lo cual, "reconociendo esta justa libertad", la Iglesia afirma la autonomía legítima de la cultura humana, y especialmente la de las ciencias» (Gaudíum et Spes, n. 59).

[47] Cfr. P. VALORI, PUÒ esistere una morale laica?, «La Civiltà Cattolica», 1984, pp. 19-29. Sobre la afirmación implícita de Dios en la experiencia ética véase también la reflexión de E. LÉVINAS, Efica ed infinito, Roma 1984, y en genera! toda la reflexión de este filósofo lituano, reflexión que se aparta, sin embargo, en puntos importantes del enfoque ético de tipo tomista.

Dios, que es el Valor Absoluto. En esta perspectiva, resulta obligada y espontánea la confrontación con la Revelación cristiana, e igualmente fructífero el cotejo con las concepciones filosóficas corrientes. Esa reflexión ética abarca el amplio campo de la experimentación biológica y del ejercicio de la medicina y se concreta en el análisis de múltiples casos concretos.

---

[43]

BIBLIOGRAFIA

AA. VV., *Scienza e bìoetica: quale il fondamento?,* «Società e Salute», 1986, 44/5, 45-49.

—, *Medical Ethics in Europe,* «Theoretical Medicine», 1988, 3.

—, *L'Europe et la bioéthique. Actes du Premier Symposium du Conseil de l'Europe sur la Bioéthique,* Estrasburgo, 5-7 de diciembre 1989.

—, *La médecine face aux droits de l'homme,* CED AM, Padua 1990.

ANGELINI F (coord.), *Pio XII. Discorsi ai medici,* Orizzonte Medico, Roma 1959.

ANTICO L., SGRECCIA E (coord.), *Anzianità creativa,* Vita e Pensiero, Milan 1989.

ASHLEY B.M., O'ROURKE K.D., *Health care ethics,* The Catholic Health Association of U.S.A., St. Louis (MO) 1985.

BATTAGLIA L, *La sperimentazione animale: problemi e prospettive,* en MORI M. (còord.), *La bioetica. Questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo,* Bibliote-chne, Milan 1991, pp. 149-169.

BEAUCHAMP T.L., *Philosophical ethics; an introduction to moral philosophy,* McGraw-Hill, Nueva York 1982.

—, CHILDRESS F.F., *Principles of biomedical ethics,* Oxford University Press, 3 ed., Nueva York 1989.

BELLINO F., I *fondamenti della bioetica. Aspetti antropologici, ontologici e morali,* Città Nuova, Roma 1993.

BERLINGUER G., *Questioni di vita,* Einaudi, Turin 1991.

BERNARD J., *Evolution de la bio-éthique,-en* AA. VV., *La révolution thérapeutique,* Inst. Sciences Santé, Paris 1989, pp. 83-89.

BLOMQUIST CD., *From the Oath of Hippocrates to Declaration of Hawai,* «Ethics Sci. Med.», 1977, 4, 134-149.

BOMPIANI A., *Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze,* Dehoniane, Bolonia 1992.

—, SGRECCIA E. (coord.), *Trapianti d'organo,* Vita e Pensiero, Milan 1989.

BRISSET-VIGNEAU F., *Editorial: de la bioéthique à l'éthique médicale,* en AA. VV., *La défi bioéthique,* Autrement, Pan's 1991, pp. 9-11.

BRUAIRE C, *Une éthique pour la médecine,* Fayard, Paris 1978.

CAFARO A., COTTINI G., *Etica medica. Lineamenti di deontologia professionale,* Ares, Milan 1991.
CALLAHAN D., *Bioethics as discipline,* «Hastings Center Studies», 1973, 1, 66-73.
—, (ed.) *The Hastings Center. A Short and long 15 Years,* Nueva York 1984.
CALHOUN C, *Annotated bibliography of medical Oaths, Codes and Prayers,* Kennedy Institute, Washington D.C. 1975.
CASTIGNONE S. (coord.), *I diritti degli animali,* Mulino, Bolonia 1985.
—, (coord.) *Etica ambientale,* Actas de la Jornada de Ètica Ambientalista, Guida, Nâpoles 1992.

---

[44]

CATTORINI P *Profilo della scuola di medicina e scienze umane. Educare ad un'inten-" zione antropologica,* «Sanare infirmos», 1988, 3, 19-23.
—, (coord) *Leggere* il *corpo malato. Aspetti antropologici, epistemologici, medici,* Liviana, Padua 1989.
CHIARELLI B *Storia naturale del concetto di etica e sue implicazioni per gli equilibri naturali attuali,* «Problemi di bioetica», 1988, 1,51-58.
—,Problemi di bioetica nella transizione fra il II e il III millennio, Il Sedicesimo, Florencia 1990.
—, Dal concetto di entità biologica al concetto di persona, «Problemi di bioetica», 1991, 11, 15-23.
CHILDRESS J.F., *Priorities in Biomedicai Ethics,* Westminster Press, Filadelfia 1970.
CIARANFI E., *L'evoluzione della medicina ed i problemi che ne derivano,* «Federazione Medica», 1982, 4, 292-294.
CLOUSER K.D., *Bioethics: some reflections and exhortations,* «Monist», 1977, 60, 47-61.
—, Bioethics, en REICH W.T. (coord.), *Encyclopedia of Bioethics,* voi. I, Free Press, Nueva York 1978, pp. 115-127.
Codice Islamico di Etica Medica (enero de 1981), en SPINSANTI S. (coord.), *Documenti di deontologia e etica medica,* Paoline, Cinisello Balsamo 1985, pp. 166-186.
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, *Terapia genica* (15.2.91); *Definizione e accertamento della morte nell'uomo* (15.2.91); *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche* (5.5.91); *Documento sulla sicurezza delle biotecnologie* (28.5.91); *Bioetica e formazione nel sistema sanitario* (7.9.91); *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali* (30.4.91); *Donazione d'organo ai fini di trapianto* (7.10.91); */ Comitati Etici* (27.2.92); *Diagnosi prenatali* (18.7.92); *Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica* (18.7.92); *La legislazione straniera sulla procreazione assistita* (18.7.92); *La sperimentazione dei farmaci*

(17.11.92). Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma.
CONCILIO VATICANO H, *Constitución pastoral «Gaudium et Spes»,* en *Documentos del Vaticano II,* BAC, Madrid 1975[29], pp. 177-297.
CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Carta sobre La esterilización en los hospitales católicos* (13 de marzo de 1975).
—, *Declaración sobre El aborto provocado* (18.de noviembre de 1974).
—, *Declaración acerca de Ciertas cuestiones de ética sexual* (29 de diciembre de 1975).
—, *Declaración sobre La eutanasia* (5 de mayo de 1980).
—, *Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* (22 de febrero de 1987).
CONSEJO DE EUROPA, DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR, *Le médécine et les droits de l'homme. Actes du Colloque de Santa Margherita Ligure,* Estrasburgo 1985.

---

[45]

Di MEO-MANCINA M., *Bioetica,* Laterza, Bari 1989.
Di PIETRO M.L., SGRECCIA E., *La trasmissione della vita nell'insegnamento di Giovanni Paolo II,* Vita e Pensiero, Milàn 1989.
DUNCAN A.S., DUNSTAN G.R., WEI .BOURN R.B., *Dictionary of Medical Ethics,* Darton, Longman & Todd, Londres 1981. DURANO G., *La bioéthique,* Du Cerf/Fides, Paris 1989.
ENGELHARDT T.H. JR., *Bioethics in Pluralist Societies,* «Perspectives in Biology and Medicine», 1982, 26, 64-78.
—, *The Foundations of Bioethics,* Oxford University Press, Nueva York 1986.
—, *Foundations, persons and the battle for the millenium,* «Journal of Medicine and Philosophy», 1988, 13, 378-379.
—, *Bioethics in the post-modern world: belief and secularity,* «Politela», 1992, 51.
FINNIS J., *Fundamentals of ethics,* Clarendon Press, Oxford 1983.
GOLDSTEIN D., *Bioethics: a guide to information sources,* Gale Research Co., Detroit 1982.
GRACIA D., *Fundamentos de Bioética,* Eudema Universidad, Madrid 1989.
—, *Procedimìentos de decision en ètica clinica,* Eudema, Madrid 1991.
HARING B., *Etica medica,* 3 vols., Paoline, Roma 1979.
—, *Libertad y fidelidad en Cristo,* 3 vols., Herder, Barcelona 1981-1983.
HARRON F.M. (coord.), *Biomedical ethical issues: a digest of law and policy development,* Yale University Press, Londres 1983.
HUMBER J.M., ALMEDER R.F. (coord.), *Biomedical ethics. Reviews 1983,* Humana Press, Clifton (NJ) 1983.

IANDOLO C, *Etica clinica e bioetica,* «Giornale Italiano di Formazione Permanente del Medico», 1987, xv, 2, 88-103.

—, *Introduzione all'etica clinica,* Pozzi, Roma 1989.

—, *L'etica al letto del malato,* Armando, Roma 1990.

INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA, *Estatutos,* 21 de marzo de 1984 (mecanografiado).

ISAMBERT F.A., *De la bio-éthique aux comités d'ethique,* «Etudes», 1983, 358, 671-683.

JONAS H., *Philosophical essays. From ancient creed to technological man,* Chicago 1974.

—, *Das Prinzip Verantwortung,* Insel Verlag, Frankfurt a.M. 1979.

JONSEN A.R., JAMETON A.L., LYNCH A., *Medical ethics, history of North America in the Twentieth Century,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 992-1001.

JUAN XXHI, *Discorsi, messaggi, colloqui del S. Padre Giovanni XXIII,* Tipografia Poliglotta Vaticana, 1-5, 1967.

JUAN PABLO H, *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* Libreria Editrice Vaticana, vols. 1-12, 1991.

—, *Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano* (coord. por la Pontif. Univ. Lateranense), Città Nuova, Roma 1985.

---

[46]

—, *Exhortation Apostòlica «Familiaris Consortio»* (22 de noviembre de 1981).

—, *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano, vols. 1-14, 1993.

KELLY D.F., *The Emergence of Roman Catholic Medical Ethics in North America,* Edwin Melles Press, Nueva York 1979.

KUHSE H., SINGER P., *Bioethics: What? and Why?,* «Bioethics», 1987, 1, III-IV.

LEONE S., *Lineamenti di bioetica,* Medical Books, Palermo 1990.

LÉVINAS E., *Etica ed infinito,* Città Nuova, Roma 1984.

LIFTON R.J., *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio,* Rizzoli, Milàn 1988.

MAHONEY J., *Bioethics and Belief,* Sheed & Ward, Londres 1984.

MALHERBE J.F., *Ethique et génétique,* Cabay, Lovaina 1983.

—, *Pour une éthique de la medicine,* Larousse, Paris 1987.

MANCUSO S., SGRECCIA E. (coord.), *Trattamento della sterilità coniugale,* Vita e Pensiero, Milàn 1989.

MCCORMICK R.A., *How brave a new world? Dilemmas in bioethics,* Double-Day, Garden City (NY) 1981.

MCINTYRE A., *After virtue. A study in moral theory,* University of Notre Dame, Notre Dame (Indiana) 1981.

MORI M. (coord.), *Questioni di bioetica,* Ed. Riuniti, Roma 1988.

—, (coord.) *La bioetica: questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo,* Bibliotechne, Milàn 1991.
MORRIS B., ABRAM L.D., WOLF J.M., *Public involvement in medical ethics: a model for government action,* «New England Journal of Medicine», March 1984, 628-632.
PABLO VI, *Enciclica «Humanae Vitae»,* en ZALBA M. (coment.), *La regulation de la na-talidad,* BAC, Madrid 1968.
—, Insegnamenti di Paolo VI, en *Enchiridion Vaticanum,* 3, Dehoniane, Bolonia 1982, pp 280-319.
PELLEGRINO E. D., THOMASMA D.C., *A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethics of the healing professions,* Oxford University Press, Nueva York 1981.
—, For the patien 's good. The restoration of beneficence in health care, Oxford
University Press, Nueva York, 1988.
PERICO G., *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milàn 1992.
PETRINI M., *Accanto al morente. Prospettive etiche e pastorali,* Vita e Pensiero, Milàn 1990.
Pio XII, *Discorsi e Radiomessaggi,* Ed. Poliglotta Vaticana, vols. 1-20, Ciudad del Vaticano 1960.
POTTER V.R., *Bioethics: the Science of Survival,* «Perspectives in Biology and Medicine», 1970, 14, 1, 127-153.
—, Bioethics: Bridge to the Future, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ) 1971.

---

[47]

President's Commission for the Study of Ethical problems in medicine, in biomedical and behavioral research, Washington, D.C., 1992.
QUATTROCCHI P., *La bioetica. Storia di un progetto,* en VELLA C.G., QUATTROCCHI P., BOMPIANI A., *Dalla bioetica ai comitati etici,* Ancora, Milan, 1988, pp. 57-97.
REALE G., ANTISERI D., *Il pensiero occidentale dalle origini ad oggi,* La Scuola, Brescia, 1983.
REICH W.T. (coord.), *Encyclopedia of Bioethics,* vol. i, The Free Press, Nueva York 1978, p. xix.
RESTAR R., *Premeditated man: bioethics and the control of future human life,* The Viking Press, Nueva York 1975.
ROSELLI A., *La medicina e le scienze della vita, en* AA. VV., *Storia delle scienze,* i, Città Nuova, Roma 1984, pp. 93-113.
SCARPELLI U., *La bioetica. Alla ricerca dei principi,* «Biblioteca della Libertà», 1987, 99, 7-32.
SCHOOYANS M., *L'avortement: enjeux politiques,* Le Préambule, Longueuil (Quebec) 1990.
—, La derive du liberalisme envers le totalitarisme, Ed. Universitaires, Paris

1991.
SERRA A., NERI G.(coord.), *Nuova genetica,* Vita e Pensiero, Milan 1986.
—, SGRECCIA E., DÌ PIETRO M.L., *Nuova genetica ed embriopoiesi umana,* Vita e Pensiero, Milàn 1990.
SGRECCIA E., *Il progresso scientifico-tecnologico di fronte all'etica,* «Medicina e Morale», 1983, 4, 335-342.
—*, La bioetica, fondamenti e contenuti,* «Medicina e Morale», 1984, 3, 285-306.
—*, La bioetica tra natura e persona,* «La Famiglia», 1985, 108, 30-42.
—, (coord.) *Corso di Bioetica,* Franco Angeli, Milàn 1986.
—, (coord.) *Il dono della vita,* Vita e Pensiero, Milàn 1987.
—*, Manuale di Bioetica, ti. Aspetti medico-sociali,* Vita e Pensiero, Milàn 1991.
—*, Una ricerca interdisciplinare sui problemi etici suscitati dal progresso biomedico,* en VIAFORA C. (coord.), *Centri di Bioetica in Italia. Orientamenti a confronto.* Gregoriana, Padua 1993, pp. 33-36.
—, BURGALASSI S., FASANELLA G. (coord.), *Anzianità e valori,* Vita e Pensiero, Milàn 1991.
—, Di PIETRO M.L., *Che cos'è la bioetica,* en *Annuario di aggiornamento della EST, Enciclopedia della Scienza e della Tecnica,* Mondadori, Milàn 1987/88, pp. 223-226.
—, MELE V. (coord.) *Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo,* Vita e Pensiero, Milàn 1992.
SHANNON T.A. (coord.), *Bioethics,* Paulist Press, Nueva York 1981.
—, MANFRA J.A. (coord.), *Law and bioethics: texts with commentary on major U.S. Court decisions,* Paulist Press, Nueva York 1982.

---

[48]

SHELP E.E., *Theology and bioethics,* D. Reidei, Dordrecht 1985.
SINGER P., *Animal liberation: a new ethics for our treatment of animals,* Review-Random House, Nueva York 1975.
—*,Practical ethics,* Cambridge University Press, Cambridge 1979.
—, REGAN T., *Animal rights and human obligations,* Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ) 1976.
SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI, *// Documento di Erice sui rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale,* 53rd Course «New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems», Erice, 18-21.2.1991 (publicado en «Medicina e Morale», 1991, 4, 561-567).
SPINSANTI S., *Schede bibliografiche. Sussidi per l'antropologia cristiana e l'etica medica,* Opera Universitaria, Milan 1982.
—*, Documenti di deontologia e etica medica,* Paoline, Milan 1985.

—, *Bioetica e grandi religioni,* Paoline, Milan 1987.
—, *Etica bio-medica,* Paoline, Milan 1987.
—, *Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di V. von Weizsäcker,* Paoline, Milan 1988.
—, *Nascere, amare, morire,* Paoline, Milan 1989.
—, (coord.) *Bioetica e antropologia medica,* La Nuova Italia Scientifica, Roma
1991.
TETTAMANZI D., *E' possibile un'etica? Quale etica per l'uomo? Quale etica per l'operatore sanitario?,* Salcom, Brezzo di Bedero 1983.
—, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990.
THEVENOT X., *La bioéthique. Debut et fin de vie,* La Croix, Paris 1989.
THIBON G., *Scientismo e fiducia,* en AA. VV., *Che cosa attendete dal medico,* Morcelliana, Brescia 1957.
THOMAS R.M., *Misere de la bioéthique,* Albin Michel, Paris 1990.
TORRELLI M., *Le médecin et les droits de l'homme,* Berger-Levrauìt, Paris 1983.
VALORI P., *Può esistere una morale laica?,* «La Civiltà Cattolica», 1984, ni, 19-29.
VANNI ROVIGHI S., *Elementi di Filosofia,* HI, La Scuola, Brescia 1963.
VARGA A.C., *The main issues in bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1984.
VEATCH R.M., *Medical ethics,* Jones & Bartlett, Boston 1989.
VEDRINNE J., *Ethique et professions de sante,* «Médecine et Hygiene», 1984, 11, 1171-1173.
VEITH I., *Medical Ethics Throughout the Ages,* «Arch. Intern. Medicine», 1957, 100, 504-512.
VIAFORA C, *Fondamenti dì bioetica,* Ambrosiana, Milan 1989.
—, (coord.) *Vent'anni di bioetica: idee, protagonisti, istituzioni,* Gregoriana,
Padua 1990.
—, (coord.) *Centri di Bioetica in Italia: orientamenti a confronto,* Gregoriana,Padua 1993.

---

[49]

VIDAL M., *Ética de la actividad científico-técnica,* «Moralia», 1983, 4, 419-443.
VILLA L., *Medicina oggi: aspetti di ordine scientifico, filosofico, etico-sociale,* Piccin, Padua 1980.
WALTERS L., *The Center for Bioethics at the Kennedy Institute,* «Georgetown Medicai Bulletin», 1984, 37 (1), 6-8.
WARNOCK COMMITTEE (Gran Bretaña), *Report of inquiry into human fertilization andnm embriology,* Her Majesty's Stationery Office, Londres 1984.

---

[51]

CAPÍTULO 2
Justificación epistemológica, fundamentación del juicio bioético y metodología de la investigación en bioética

La justificación epistemológica de la bioética

Por todo lo dicho en el capítulo anterior podemos sacar en conclusión que la Bioética existe como intento de reflexión sistemática acerca de todas las intervenciones del hombre sobre los seres vivos; una reflexión que tiene un objetivo específico y difícil de alcanzar: el de identificar valores y normas que guíen el actuar humano, la intervención de la ciencia y de la tecnología en la vida misma y en la biosfera. La pregunta que ahora nos planteamos es decisiva: ¿tiene esta reflexión una ubicación precisa en el panorama de las ciencias, una justificación propia por la que no se puede pasar por alto; unos criterios propios en los cuales poder fundamentar sus juicios, y un método propio de investigación?

¿No se trataría quizás de una mezcolanza, de una especie de «coctel» preparado con ingredientes de otras ciencias como la biología, la filosofía, la medicina, la deontología, etcétera, sin una identidad y necesidad precisas?[48]

Como se ve, la pregunta tiene su importancia y se refiere específicamente a tres cuestiones: primero, la de su función y justificación epistemológica; en segundo término, el problema del fundamento del juicio ético, y en tercer lugar el problema del método.

Abordemos ante todo el primer interrogante, que se refiere a la justificación epistemológica de la Bioética.

Jean Bernard, conocido hematólogo francés y primer presidente del «Comité Consultatif National d'Éthique» en Francia, ha reconstruido la historia del progreso y de los descubrimientos en el campo de la biomedicina, desde 1930 hasta

---

[52]

nuestros días, y habla de dos grandes revoluciones: la revolución terapéutica y la revolución biológica[49].

La primera revolución se produce, tras miles de años de impotencia, al descubrirse las sulfamidas (1937) y la penicilina (1946),

[48]Objeciones de este tipo se han hecho incluso en revistas de nivel científico como «La rivista di medicina légale». Véase, por ejemplo, CANEPAG., Bioética e deontologia medica: aspetti problematici e conflittuali, «Rivista italiana di medicina légale», 1990, 1, pp. 3-6.

[49] BERNARD J., De la biologie á l'éthique, París 1990.

que proporciona a la humanidad «el poder de derrotar enfermedades en otro tiempo fatales, como la tuberculosis, la sífilis, las grandes septicemias, las afecciones de las glándulas endocrinas, los trastornos bioquímicos de los humores»[50].

La segunda revolución es más reciente: parte del descubrimiento del código genético y define a la llamada «medicina genómica», que inicia con el descubrimiento de las leyes que presiden la formación de la vida.

Estos descubrimientos, observa el científico, revolucionaron la medicina, pero provocaron también una revolución en la concepción de la vida y del hombre y, por tanto, sacaron del letargo en que estaba a la reflexión moral sobre el destino mismo de la humanidad.

Es también Jean Bernard quien nos recuerda las grandes conquistas de la medicina en estos años: la sistematización de los métodos de experimentación de los nuevos medicamentos en voluntarios sanos y enfermos, el trasplante de órganos y de tejidos, la aplicación de las técnicas de reanimación, la lucha continuamente renovada contra el cáncer por medio de métodos quimioterápicos, quirúrgicos y con radiaciones, y la utilización de una amplia gama de vacunas para combatir las grandes epidemias (tifo, viruela, poliomielitis), hasta las nuevas fronteras abiertas por el SIDA.

El impacto de estos descubrimientos hace que la ética médica se estimule y desarrolle abriendo nuevos e importantes capítulos. Cuanto más potente y eficaz se vuelve la medicina, más rigurosas y mejor conocidas deben ser las normas de protección del individuo.

De ellas se hacen portavoces en sus congresos, como decíamos en el capítulo anterior, grandes asociaciones médicas como la Asociación Médica Mundial (AMM) y la Federación de Colegios de Médicos; y de ella dan testimonio también los Códigos deontológicos, como el de Nuremberg y el de Helsinki[51] sobre la experimentación, este último continuamente actualizado en las reuniones de Tokio, Sydney y Hong Kong. En Europa y en todo el mundo se formulan códigos y se trazan lineamientos de la actuación médica. También el mundo islámico, en este periodo, elabora su propio Código de ética médica[52].

---

[53]

Este filón de la medicina terapéutica ha representado, y representa todavía, el filón clásico y, diría, el modelo hipocrático, potenciado por el método experimental y protegido, como hemos dicho, por los códigos deontológicos y por la ética médica.

Al producirse los descubrimientos científicos de la genética y como consecuencia de la aplicación de los nuevos conocimientos al campo de

[50] Ibid., p. 22.
[51] SPINSANTI S. (coord.), Documenti di deontología medica..., pp. 37-43.
[52] Ibid., pp. 166-188.

la embriología y de la ginecología, que provocaron el advenimiento de la procreación asistida, la ciencia médica entra en una nueva fase cuyos desarrollos son aún en parte imprevisibles, sin que por el momento tengan una guía ética y deontológica homogénea.

Con la aparición de la ingeniería genética —y, por tanto, con la posibilidad de transferir rasgos o porciones del código genético de una célula a otra, incluso entre especies diversas, mediante el doble mecanismo de la enucleasa de restricción y del ácido desoxirribonucleico (DNA) recombinante—, se creó un explicable clima de alarma, hasta el punto de pensar que la posible aplicación de la manipulación genética de diversas formas de vida podía llevar a la creación de la «bomba genética», mucho menos costosa que la nuclear y con menores posibilidades de control. Todo esto ha hecho temer también por la posible alteración de la biosfera y del ecosistema por parte del hombre.

Se hizo evidente entonces la necesidad de una nueva ética para evitar lo que se señalaba como una posible catástrofe de la humanidad; esto es, de una ética de toda la biosfera, que pudiera extraer sus normas de la evolución biológica misma.

Es entonces cuando surge, como recordábamos, la Bioética, denominada así por primera vez en un libro de V. R. Potter:[53] se trata de una ética que quiere considerar conjuntamente las intervenciones en la biosfera, la ética del ambiente y la responsabilidad para con el futuro del mundo. La misma exigencia la puso de manifiesto en Alemania, como ya dijimos, el libro de Hans Joñas El principio responsabilidad[54].

El temor a una catástrofe, así como la necesidad de una moratoria y de una normatividad universal entre los científicos, está presente entre los mismos investigadores, como atestiguan las conferencias de Gordon y de Asilomar[55], las cuales dieron lugar a la institución de los primeros comités científicos-éticos de vigilancia y a la elaboración de los primeros Guidelines referentes a la intervención en el

---

[54]

DNA. Estos lineamientos fueron retomados por diversos organismos en todo el mundo[56].

Pronto, sin embargo, se comenzaron a considerar con más realismo y discernimiento estas nuevas posibilidades y tecnologías.

Por lo que se refiere a la ingeniería genética propiamente dicha, se vislumbra muy pronto la posibilidad de poner en marcha la terapia de los

---

[53]POTTER, Bioethics: Bridge...

[54] **JONAS**, Das Prinzip Verantwortung.

[55] **DULBECCO** R., ¡ngegneri delta vita, Milán 1988; **SGRECCIA** E., Storia della bioética e sua giustijícazione epistemológica, Actas de la Reunión de Historia de la Medicina en la Sociedad y en la Cultura contemporánea, Frascati 21-30 de junio de 1990, en prensa.

[56] SGRECCIA, MELÉ (coord.), Ingegneria genética e biotecnologie..., Milán 1991.

genes, que resulta ya practicable en la línea de las células somáticas y está, en cambio, prohibida —por los riesgos que implica todavía— en las células germinales[57].

No se hicieron esperar mucho las aplicaciones de tipo industrial para la fabricación de nuevos medicamentos (insulina, interferón, etc.), y para aumentar la producción agropecuaria. Asimismo, los nuevos conocimientos en el campo genético hicieron que se extendiera la utilización, cada vez más delicada y cargada de problemas éticos, del diagnóstico prenatal y postnatal.

Y ahora se habla de «medicina genómica» y de «medicina predictiva», sobre todo tras haberse instrumentado el «Proyecto Genoma humano» que permitirá, si se lleva a término, conocer el código genético del hombre y, por tanto, la estructura del patrimonio hereditario de cada individuo: este hecho podrá permitir alcanzar mejor las finalidades terapéuticas, pero abrirá también la posibilidad de conocer el secreto íntimo de la constitución hereditaria de cualquier persona o familia.

También en el ámbito de la ingeniería genética propiamente dicha, se han puesto de relieve las posibilidades de aplicaciones positivas junto a las catastróficas, tan temidas; por esto, investigadores, políticos e industriales se han dado cuenta de la importancia que reviste el problema ético, como es el de garantizar que las aplicaciones de la ingeniería genética sean para cuidar, pero no alterar, el patrimonio genético, y para que el ecosistema, en el ámbito microbiológico sobre todo, pueda mantener un equilibrio compatible con la salud del hombre de hoy y de las futuras generaciones[58]. De esta preocupación se han hecho eco los Parlamentos europeos y los Comités de Bioética nacionales[59].

Pero el mayor temor que sigue existiendo es en cuanto al otro gran capítulo, el de la ciencia de la procreación, en el que las fronteras retroceden cada vez más y donde no están en juego solamente la vida de los embriones artificialmente

---

[55]

procreados, sino también la concepción de la paternidad y de la maternidad, así como la finalidad misma de la sexualidad humana.

Las posibilidades concretas de acabar practicando el eugenismo selectivo, la experimentación en embriones y la comercialización incluso de la corporeidad humana y de la procreación son, a estas alturas, un hecho reconocido y temido justamente por muchos.

[57] Véase sobre este tema el capítulo que se relieve a la ingeniería genética en este mismo libro; y, entre los últimos documentos, el del Comité Nacional de Bioética, Terapia genica, con una amplia bibliografía sobre la materia.

[58] SGRECCIA, MELÉ (coord.), Ingegneria genética e biotecnologie..., pp. 131-166.

[59] Véase, por ejemplo, USA, President's Commission...; PARLAMENTO EUROPEO, Resolución (doc.A0327-88) sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética, 16.3.1990. Para una bibliografía y documentación más amplia, véase SERRA, SGRECCIA, DI PILTRO, Nuoua genética..., pp. 311-318.

Se ha observado con razón que por este camino la ciencia experimental amenaza con asumir el estatuto epistemológico de la política; esto es, que se convertiría en el «arte de lo posible», al buscar hacer todo lo que es posible, y desistiría ya de buscar simplemente el conocimiento de la realidad[60].

Se vuelve entonces imprescindible plantear ante todo el problema de la relación entre ciencia y ética, y definir cuál debe ser la intervención de la Bioética en el ámbito de las ciencias biomédicas.

La relación entre ciencia biomédica y Bioética

No deja de ser ciertamente provocadora la afirmación de Robert Nozick cuando dice que «los microscopios y los telescopios no revelan partes éticas»[61]. Y Renato Dulbecco recuerda que

«durante siglos, los científicos se han mantenido al margen de las tragedias de la historia, defendiendo la autonomía y la neutralidad de su función en la sociedad. Con orgullo baconiano y cartesiano han rechazado cualquier pretensión de control o de interferencia, viniera de donde viniera: del gobierno, las iglesias o las autoridades»[62].

Sin embargo, esta mentalidad no es compartida en la actualidad por la inmensa mayoría de aquellos mismos investigadores que se ocupan de las ciencias biomédicas, incluido el propio Dulbecco, los cuales son los primeros en plantear el problema bioético. Lo que se discute es acerca del motivo y el ámbito preciso de una fundamentación epistemológica de la bioética.

A este propósito hay que recordar el hecho de que la biología y la medicina son ciencias experimentales porque siguen un método muy preciso, el experimental, propuesto por G. Galileo y por R. Bacon y gradualmente perfeccionado por los científicos hasta nuestros días.

Este método, como se sabe, se basa en un itinerario preciso: la observación de los fenómenos, la hipótesis interpretativa y la evaluación del resultado de la experimentación.

---

[56]

Este itinerario metodológico tiene una validez intrínseca propia, que permite la acumulación orgánica y lineal de los conocimientos: el experimentador que lo sigue puede aprovecharse de los resultados, sean positivos o negativos, obtenidos por un experto anterior, y hacer, a su vez, nuevas aportaciones utilizando la misma metodología. También es verdad que la ciencia, a veces, aprovecha observaciones ocasionales (como ocurrió, por ejemplo, con Fleming y su descubrimiento de la penicilina) o bien la repetición de los fenómenos naturales; pero lo que ha hecho avanzar a la ciencia moderna en el campo biomédico ha sido

[60] SERRES M., en el prólogo del libro de J. TESTART, L'oeuf transparente París 1986.
[61] NOZICK R., Spiegazioni fihsofiche, Milán 1987, p. 447.
[62] DULBECCO R., Ingegneri della vita, pp. 13-14.

sobre todo el método basado en el paradigma de la experimentación metodológicamente definida.

No obstante, el método experimental tiene un límite intrínseco propio, constituido por el hecho de que debe apoyarse forzosamente en hechos y datos de orden cuantitativo, susceptibles de ser observados, computarizados, comparados, etcétera; por eso, el método experimental es reduccionista por definición, cosa que siempre se debe tomar en consideración.

Teniendo, pues, bien presente este hecho, nos preguntamos: ¿por qué motivo y por qué exigencia se plantea la pregunta ética dentro de las ciencias biomédicas, que son experimentales?

Muchos han dado la respuesta que parece más obvia: la exigencia de la reflexión bioética se plantea en el momento de la aplicación; se supone, por tanto, que la investigación experimental es en sí neutra, mientras que las aplicaciones requerirían un análisis bioético previo sobre las consecuencias y los riesgos. Esta afirmación es cierta, porque nadie puede negar que, antes de proceder a la aplicación de un descubrimiento científico en el ámbito biomédico, por ejemplo de la tecnología del DNA recombinante, es necesario hacerse una serie de preguntas bioéticas acerca de la finalidad, de las consecuencias, de los riesgos, etcétera. Sin embargo, reconocer el papel de la bioética y su justificación sólo en el momento de la aplicación sería una limitación insuficiente, como veremos más adelante.

Otros estudiosos admiten, también en general, una ética intrínseca a la investigación científica, pero sólo en el sentido de que hay que ser fieles a los cánones de la investigación. Una ética semejante se concretaría, por esto, a ser escrupulosos en la metodología, a la exactitud de la comunicación de los resultados, a la transparencia de los procedimientos para que el mundo científico los pueda controlar. Esta «ética intrínseca» a la investigación representa una exigencia deontológica ciertamente válida para todo tipo de ciencia y, por tanto, también para la bioética que se refiere a la investigación biomédica[63].

Pero la ética propia de la investigación científica en el campo de las ciencias experimentales —y en particular, la Bioética en el ámbito de las ciencias biomédicas—

---

[57]

no se puede limitar a estos códigos de actuación correcta. Debemos, en efecto, aprender a distinguir entre la categoría de lo que se requiere necesariamente para que una acción sea ética, y lo que es suficiente para un juicio de eticidad total.

Por ejemplo, que un cirujano sepa enfocar bien la intervención y aplicar a la perfección las técnicas operatorias, es un requisito necesario

[63] SGRECCIA E., La risposta nella trascendenza, en JACOBELU J. (coord.), Scienza ed etica: quali ¡imiti?, Roma 1990, pp. 163-173.

de ética profesional, pero no basta para que se pueda decir que su intervención es ética en todo y por todo (en la validez de las indicaciones, en la obtención del consentimiento, en el respeto de los bienes superiores de la persona, como podría ocurrir por ejemplo en un trasplante de órgano, que presenta numerosas condiciones para que su ejecución sea ética).

Por tal razón, además de estos dos vínculos que subsisten indudablemente entre investigación científica y ética —la vinculación en el plano de la aplicación y la relativa a la deontología del investigador en el respeto de los procedimientos metodológicos de la investigación misma—, se dan otros no menos importantes.

Ante todo, en lo que se refiere a la intencionalidad del investigador. Tanto el investigador como los organizadores y los que apoyan financieramente la investigación son personas humanas y pueden tener intenciones buenas o perversas, o simplemente utilitaristas. El enfoque de la investigación, incluido el bioético, es siempre un proyecto y revela u oculta una finalidad estratégica, que podría ser la de tratar una enfermedad o incrementar la producción agrícola, industrial o farmacológica; o bien la de manipular o alterar los procesos biológicos, como en el caso de experimentos de procreación entre diferentes especies o de alteración del patrimonio genético de un sujeto.

Este tipo de eticidad o no eticidad del proyecto, además de tener una relevancia en sí mismo, presenta notables implicaciones para quienes colaboran a nivel subalterno: estas personas tienen derecho a conocer la finalidad del proyecto, y también el derecho-deber de plantear una objeción de conciencia si consideran que en conciencia no deben colaborar estrechamente en un proyecto que consideran ilícito. Ni el secreto científico ni el industrial podrían privar de este derecho a quien cooperase estrechamente en un proyecto que fuera en sí malo o intencionalmente aberrante. En el campo de la bioética se pueden concebir como hipótesis muchas situaciones de este tipo; por ejemplo, el hacer objeto de investigación un medicamento abortivo, como la píldora RU 486.

Otro vinculación entre investigación y ética se refiere a los procedimientos experimentales: es la ética o, mejor dicho, la bioética de la experimentación biomédica, con todos los problemas inherentes a la experimentación en el hombre (consentimiento, riesgos, experimentación en niños, en enfermos mentales, en los que se encuentran en estado inconsciente, en fetos, etcétera) e incluso en animales.

---

[58]

En realidad, no basta con que haya una ética de los fines, sino que se requiere —si se quiere ser coherentes— una eticidad de los medios y de los métodos: incluso cuando los fines son buenos (hacer que procree una pareja estéril, por ejemplo) no siempre podrían ser lícitos los procedimientos escogidos; éstos podrían lesionar la vida y la dignidad

humana (por ejemplo, al perderse los embriones fecundados sobrantes). Es conocido el principio de que non sunt facienda mala ut veniant bona, no hay que hacer cosas malas para obtener cosas buenas.

Pero el vínculo más profundo, a nuestro juicio, y que abarca a todos los anteriores —que tienen que ver siempre con el aspecto operativo (fines, procedimientos, métodos, riesgos) —, consiste en una exigencia de integración.

Hemos recordado ya que el método experimental por su misma naturaleza «reduce» lo real, en cuanto que considera solamente el aspecto experimental y cuantitativo, mientras que el aspecto más profundo y comprensivo —la naturaleza ontològica y el valor axiológico de lo real— escapan a los procedimientos del método experimental; la metodología experimental plantea el interrogante ético, pero este interrogante debe ir más allá e interpretar coherentemente el nivel experimental para abarcar toda la complejidad y profundidad de lo real, así como su valor[64].

Por ejemplo, si el científico lleva a cabo una investigación sobre el embrión humano, no puede limitarse a observar los resultados y los aspectos éticos del procedimiento acerca de si el método es correcto, o plantearse el interrogante de la aplicación de los resultados; sino que debe preguntarse qué es un embrión humano, si tiene o no el valor de persona humana.

Respondiendo a esta pregunta se aclaran todas las demás respuestas bioéticas: cuando se ha evaluado todo el espesor de lo real, entonces se comprenden las exigencias éticas sobre los fines, los medios, los riesgos, etcétera. Este aspecto fue lúcidamente detectado por K. Jaspers, científico y filósofo, cuando afirmaba que la ciencia experimental es incapaz de conocer y captar el aspecto cualitativo de la realidad, su naturaleza o valor profundo; y que con sus métodos no puede por sí sola aclarar siquiera los fines mismos de la ciencia y de la realidad científica, porque todo esto requeriría y requiere fijar los fines de la actividad humana y de la vida misma del hombre[65].

Incluso epistemólogos más recientes, como Popper y Eccles, han subrayado esta limitación de la ciencia experimental en relación con sus propios procedimientos metodológicos, y con el respeto de una observación más global de lo real[66].

---

[59]

[64] LADRIÈRE J., / rischi della razionalità, Turín 1978; AGAZZI E., // bene, il male e la scienza, Milán 1992; SGRECCIA E., // progresso scientifico...; BOMPIANI, Bioetica in Italia, pp. 187-220.

[65] JASPERS K., Der Arzt irn technischen Zeitalter, Munich 1986; REALE, ANTISERI, Il pensiero
occidentale..., in, pp. 457-462.

[66] Ibid., pp. 707-779.

Por esto la vinculación entre ciencia y ética o, mejor dicho, entre investigación científica e investigación ética, no es cuestión de elección o de seguir una moda novedosa, sino una exigencia múltiple que nace del interior mismo del procedimiento científico.

Naturalmente, como hemos dicho ya, si la pregunta surge cuando se está investigando, la respuesta exige una integración del aspecto experimental con la realidad integral, es decir, en la óptica ontológica y axiológica del ser vivo en el que se lleva a cabo la investigación; y por esto es preciso elaborar criterios de juicio que no pueden ser agotados por la misma investigación científica solamente, sino que se habrán de obtener de la visión última y del sentido global de la realidad considerada.

Para retomar el ejemplo anterior, si la experimentación se hace en el embrión, sea o no con una finalidad terapéutica, nos debemos preguntar ante todo cuál es la realidad global del embrión humano (ontología) y cuál es su valor (axiología); una vez que estamos convencidos, por ejemplo, de que se trata de un ser humano, de un individuo humano, entonces hay que preguntarse acerca del significado de la experimentación en el ser humano individual; y, además, se tendrá que precisar el deber del investigador como cuando se trata de un menor de edad.

Por consiguiente, para tomar una decisión basándonos en estos criterios, habrá que aclarar quién es el hombre, cuál es su valor y destino. Y cuando se habla del hombre en cuanto hombre, de su origen y de su destino, se busca lo que es común a todo hombre, su dignidad y su trascendencia[67].

En conclusión, aplicando lo que llevamos dicho a propósito de la relación entre ciencia y ética, y consiguientemente de la relación entre ciencias biomédicas y Bioética, podemos afirmar que la justificación bioética no se refiere sólo al momento de aplicación de la investigación, sino también al momento mismo de la investigación v al método deja investigación, de manera que, en definitiva, la Bioética se sitúa frente a la investigación biomédica como una visión integradora.

Si consideramos, luego, a la medicina bajo el punto de vista de la asistencia y de la organización sanitaria, el factor ético se vuelve aún más relevante y la integración entre saber científico y norma ética de comportamiento se hace más evidente. Los estudios llevados a cabo en estos últimos años en el campo de la antropología médica[68] han puesto en evidencia la insuficiencia radical de la consideración

---

[67] VANNI ROVIGHÍ S., Elementi di filosofía, m, Brescia 1963, pp. 189-269.

[68] DELGADO L, Antropología medica, Milán 1991; JASPERS K., Der Arzt...; VEDRINNE J., Ethique et professions de santé, «Médécine et Hygiéne», 1984, 11, pp. 1171-1173; VIDAL M., Ética de la actividad científico-técnica, «Moralia», 1983, 4, pp. 419-443; VILLA L., Medicina oggi: aspetti di ordine científico, filosófico, etico-sociale, Padua 1980; PELLEGRINO E.D., THOMASMA D.C., For the patient's good.

[60]
científica unilateral al acercarse al concepto mismo de enfermedad, de salud, de prevención, etcétera. La incidencia del factor «personal», psicológico y espiritual, en todo el ámbito de la asistencia es el elemento decisivo no sólo en la evaluación del bienestar del enfermo, sino también en la evaluación del agente sanitario.

Por lo que se refiere a la organización sanitaria, es sabido que ésta supone la educación sanitaria y la colaboración de los ciudadanos, y que exige —como criterio-guía para la autoridad— el concepto de justicia en la asignación de los recursos y en la oferta de estructuras y servicios. En las democracias desarrolladas, ética de la economía y ética sanitaria confluyen, en el plano social, en uno de los capítulos más importantes del gasto público[69].

Diversos modelos bioéticos y cuestiones de meta-ética

Los modelos de Bioética

Si es casi universal la demanda DE un cuestionamiento ético en relación con las ciencias de la vida, difiere EN cambio la formulación de los modelos éticos de referencia y las teorías sobre la fundamentación del juicio ético, hasta tal punto que algún pensador como U. Scarpelli afirma que, en Bioética, se deberían establecer sólo reglas formales basadas en el principio de tolerancia de cualquier ética y, SI acaso, SE podría proponer como mucho un principio de «ausencia de daño relevante»[70].

En realidad, a quien observa el panorama de la Bioética no le es difícil comprobar que nos encontramos ante una pluralidad de criterios difícilmente conciliables entre SÍ. El pluralismo se refiere tanto a la antropología de referencia como a las teorías sobre la fundamentación del juicio ético.

Por esta razón se ha vuelto primordial, especialmente en estos últimos años, por encima del análisis de cada uno de los problemas de Bioética en particular, LA discusión sobre la Bioética para aclarar cuáles serían los valores y los principios en los que SE debe basar el juicio ético y afirmar una distinción justificativa DE io «lícito» y de lo «ilícito»[71].

Hay que añadir que, para razonar acerca de los fundamentos, no basta con elaborar paradigmas conceptuales adaptables a la solución de los casos límite, basados simplemente en una especie de consenso pragmático y flexible, según las circunstancias.

---

[69] GRACIA D., Fundamentos de bioética, pp. 199-311.
[70] SCARPELLI U., La bioética...
[71] GRACIA D., Fundamentos de bioética, pp. 315-388; PALAZZANI L., SGRECCIA E., // dibattito attualesulla fondazione etica in bioética, «Medicina e Morale», 1992, 5, pp. 847-870.

[61]

Más bien habrá que buscar una verdadera justificación y, por tanto, la demostración de la razón última por la que un determinado acto moral debe considerarse recto o no recto, lícito o ilícito, obligado o prohibido.

Con el término de meta-ética se quiere entender, en este aspecto, precisamente ese tipo de justificación fundamental, haciendo referencia también a la justificación racional de los valores, de los principios y de las normas en el ámbito bioético. Es sobre la meta-etica sobre la que se construye la «meta-bioética».

«La meta-bioética no puede limitarse a prescribir arbitrariamente ciertos comportamientos, ni a elaborar un sistema conceptual en función de las exigencias prácticas, sino que debe ofrecer más bien indicaciones y orientaciones en sentido "fuerte", esforzándose por razonar la opción axiológico-prescriptiva ofrecida a los agentes sanitarios, a los científicos, pero también al hombre simplemente, en relación con los actos con los que se interviene en la vida física»[72].

Tampoco es aceptable la propuesta de mantenerse «indiferentes» ante cualquier sistema de referencia con el pretexto de la tolerancia, sobre todo si se reflexiona sobre la importancia humana y social de los problemas de bioética. Cuando se trata de establecer si se elimina o se defiende al feto en el útero de la madre, o de autorizar por ley el exterminio de todos los que van a nacer no deseados a partir de un cierto periodo de gestación, o de los recién nacidos deformes; cuando se trata de «problemas de sobreviviencia» de la especie humana o de salvaguardar el ecosistema para las generaciones futuras, no se puede escapar responsablemente al deber moral —propio precisamente del estudioso de los problemas éticos— de buscar orientaciones válidas y racionalmente fundamentadas, y por esto susceptibles de compartirse o, por lo menos, de discutirse responsablemente.

El hecho de que existan varios sistemas de referencia no debe ser pretexto para eludir buscar tales orientaciones, sino que ha de ser un desafío para comprometerse teórica y pedagógicamente.

«Cognitivismo» y «no cognitivismo»: la ley de Hume

En la edición anterior de este Manual nos limitamos a ofrecer algunos «modelos» de Bioética que considerábamos, y seguimos considerando, representativos de los diversos enfoques y direcciones de pensamiento presentes en el debate actual sobre la Bioética. Hablábamos del modelo liberal-radical, del modelo utilitarista, del modelo sociobiológico y del modelo personalista[73]. De estos modelos hicimos una breve valoración crítica para justificar y fundamentar sobre todo el modelo personalista,

[62]

---

[72] PALAZZANI, SGRECCIA, // dibattito..., p. 848.
[73] SGRECCIA E., Manuale di bioética. /...., pp. 42-48.

en el cual el término «persona» se entendía no sólo como subjetividad, sino también y prioritariamente como valor ontològico y trascendente.

Queremos retomar ahora, a la luz de las más recientes discusiones meta-bioéticas, estas diversas propuestas y, en especial, la nuestra.

Pero antes hay que aclarar un punto del debate que se ha vuelto hoy una especie de encrucijada de todas las discusiones éticas: se trata de la llamada «ley de Hume» y, por consiguiente, de la orientación preliminar de los eticistas y bioeticistas entre dos formaciones opuestas: los «no-cognitivistas» y los «cognitivistas». La llamada «ley de Hume» es la que divide precisamente a ambos grupos.

Esta ley deriva de una observación contenida en el libro Treatise of Human Nature[74] de D. Hume y recobrada por la filosofía analítica contemporánea a partir de G. Moore, que la definió como una «falacia naturalista».

Dicha ley afirma que existe «una gran división» entre el ámbito de los hechos naturales y el de los valores morales: los hechos se pueden conocer y describir con el verbo en indicativo, y demostrar científicamente; mientras los valores y las normas morales son simplemente supuestos y dan lugar a juicios prescriptivos que no se pueden demostrar. Por esto, no sería posible ni legítimo pasar o inferir desde el ser (que se identifica con los hechos observables) al deber ser: no se puede pasar del «is» (es) al «oughí» (se debe), o del «sein» (ser) al «so//en» (deber).

Los «no-cognitivos» piensan que los valores no pueden ser objeto de conocimiento y de afirmaciones calificables como «verdaderas» o «falsas».

Por el contrario, los «cognitivos» buscan una fundamentación racional y «objetiva» de los valores y de las normas morales.

Justificar la ética y, por tanto, la Bioética, quiere decir entonces discutir ante todo sobre la posibilidad de superar «la gran división» o «falacia naturalista»[75].

Como tendremos ocasión de explicar mejor, todo el problema está en el significado que se le da a la palabra «ser», que indica la «factuaidad» cognoscible. Si por «ser» se entiende la mera «factualidad» empírica, entonces ciertamente la ley de Hume está justificada; por ejemplo, por el hecho de que muchos hombres roben, maten o blasfemen, no se puede concluir ciertamente que el robo, el homicidio o la blasfemia son moralmente lícitos y, si queremos demostrar que actúan ilícitamente, debemos recurrir a un criterio que no sea la simple investigación sobre los hechos.

---

[74] PALAZZANI, SGRECCIA, // dibattito...

[75] ZECCHÌNATO P., Giustificare la morale, Trento 1990. Sobre el cognitivismo y la ley de Hume, véase: CARCATERRA G., // problema della fallacia naturalistica. La derivazione del dover essere dall'essere, Milán 1989; SCARPELLI U., Etica senza verità, Bolonia 1982; OPPENHEIM F.E., Non cognitivismo, razionalità e relativismo, "Rivista di Filosofia", 1987, 78, pp. 17-29.

Pero la idea de «ser» que se sobreentiende en los hechos se puede entender de un modo no simplemente empírico, sino más profundo y comprensivo, como

[63]
por ejemplo «esencia» o «naturaleza»; es decir, en sentido «metafísico». Entonces el deber ser puede encontrar un fundamento en el ser, en ese ser que todo sujeto consciente está llamado a realizar.

Así el término «hombres» puede ser entendido en sentido empírico (en tal caso la expresión indica a los individuos que roban y a los que no roban, a los que matan y a los que no matan, etcétera); pero puede pensarse también en la «esencia» del hombre o en la «naturaleza» humana propia de la persona racional o la «dignidad del hombre», y entonces se puede —y se debe— encontrar la fundamentación racional por la que es posible establecer una diferenciación en el plano moral entre quien roba y quien no roba. Pero esta observación, que consideramos muy simple, supone la instancia metafísica, la necesidad y capacidad de nuestra mente de ir «más allá», de sobrepasar el hecho empírico, de captar en profundidad la razón de ser de las cosas y la «verdad» de los comportamientos, su conformidad con la dignidad de la persona.

Era necesario anteponer esta premisa en la elaboración de los diversos modelos de Bioética, para comprender su diferencia y para subrayar la relevancia de la posibilidad de fundamentar racionalmente los valores. Después de todo, sería inútil y erróneo hacer razonamientos bioéticos si no existiera siquiera la esperanza de fundamentar la Bioética sobre unas bases sólidas de racionalidad, esto es, en la verdad. Por fatigoso que sea el camino para encontrarle un fundamento de verdad a la acción moral y a los valores, vale la pena emprenderlo. Se dice que una sociedad sin valores no puede subsistir; pero si los tuviera, y estos valores fueran simples opiniones, ¿qué vinculación social podrían hacer realidad? La «ética sin verdad» representa un vaso vacío delante de alguien que se muere de sed.

Con todo, no hay que negar que resulta difícil reconocer en las situaciones concretas, a veces muy complejas, la congruencia de un comportamiento determinado con la norma del bien y de la verdad; pero esta es la tarea de la razón práctica, la «recta ratio agibilium» o recta razón de lo que se ha de hacer[76].

Maritain subrayó acertadamente que el conocimiento de la norma moral es un tipo de conocimiento «análogo»[77] a otras formas de conocimiento como el matemático o el histórico; pero aun así, se trata de

---

[76]MARITAIN J., Neuf leçons sur les notions premières de la philosophie morale, Paris 1951; VANNI ROVIGHI S., Elementi di filosofía, m; STO. TOMAS DE AQUINO, Summa Theologiae, Ml, q. 55, a. 7 ad 3; DA RE A., La questione etica oggi. Nodi e problemi di fondo, «Presenza Pastorale», 1990, 11/12, pp. 9-21

[77] MARITAIN J., Neuf leçons..., pp. 97-109.

un conocimiento no menos importante y esclarecedor que el aplicado a otros campos del saber.

[64]

Ética descriptiva y modelo sociobiológico

Un primer intento de fundamentar la norma ética basándose en los hechos (en clara oposición con la «ley de Hume»), que desemboca en la relativización de los valores y normas, lo representa la orientación sociológico-historicista: se trata de la propuesta de una ética puramente descriptiva[78]. Según esta perspectiva, la sociedad en su evolución produce y cambia valores y normas, que son funcionales para su desarrollo, de la misma manera que los seres vivos en su evolución biológica han desarrollado ciertos órganos con la finalidad de que cumplan una función y, en definitiva, para mejorar su propia existencia. La teoría evolucionista de C. Darwin viene así a concordar con el sociologismo de M. Weber y con el sociobiologismo de H. J. Heinsenk y E. O. Wilson.

En ocasiones también, los especialistas en antropología cultural y los ecologistas adoptan posiciones similares. Traduciendo su pensamiento en palabras simples, se llega a afirmar que, así como el cosmos y las diversas formas de vida en el mundo han evolucionado, así también las sociedades evolucionan; y que dentro de esta evolución biológica y sociológica los valores morales deben cambiar. El empuje evolutivo, que arranca del «egoísmo biológico» o instinto de conservación de uno mismo, encuentra cada vez nuevas formas de adaptación, entre las cuales el derecho y la moral serían su expresión cultural.

En las condiciones evolutivas actuales, en las que aparece ya una nueva situación del hombre en el cosmos y en el mundo biológico, se debería pensar un nuevo sistema de valores, porque el precedente no es adecuado ya para configurar el «ecosistema» que se está estableciendo. Por esto, la vida del hombre no sería sustancialmente distinta de las diversas formas de vida y del universo con el que se vive en simbiosis. Desde este punto de vista, la ética desempeña la función de mantener el

[78] Sobre el significado del término «ética descriptiva», véase la misma voz de S. Privitera en PRMTERA S., COMPAGNONI F., PIANA G. (coord.), Nuovo dizionario di teologia morale, Milán 1990, pp. 354-358. Para la exposición del sociologismo y del bioecologismo en ética, véase: WILSON E.O., Sociobiologia. La nuova sintesi, Bolonia 1979 (edición original: Sociobiologi/. The new synthesis, 1975); VOORZANGER B., No norms and no nature. The normal relevance of evolutionarv biologa, «Biology and Philosophy», 1987, 2, pp. 569-570; CHIARELU B., Storia naturale del concetto di etica e sue implicazioni per gli equilibri naturali attuali, «Federazione Medica», 1984, xxxv 6, pp. 542-546; b., Problemi di bioetica...; REMOTTI F., La tolleranza verso i costumi, en VIANO C.A. (coord.), Teorie etiche contemporanee, Turin 1990, pp. 165-185.

equilibrio evolutivo, el equilibrio de la mutación de la adaptación y del «ecosistema»[79].

Obviamente, entre naturaleza y cultura hay una conexión íntima, y a veces es difícil establecer la frontera entre ambas. Pero para estos pensadores la naturaleza se resuelve en la cultura; y viceversa, la cultura no es otra cosa que elaborar la transcripción de la evolución de la naturaleza.

---

[65]

La adopción de este modelo comportaría no sólo dar por demostrado el evolucionismo, sino asumir también como supuesto el «reduccionismo», esto es, la reducción del hombre a un momento historicista y naturalista del cosmos. En consecuencia, esta visión comporta el relativismo de cualquier ética y de todo valor humano, sumergiendo a todos los seres vivos en el gran río de una evolución que tiene, ciertamente, su vértice en el hombre, pero no entendido como vértice definible y como punto de referencia estable, sino como sometido también él a una mutación en sentido activo y pasivo. Se trata, en definitiva, de una ideología heraclitiana, en la que no es posible reconocer alguna unidad estable y la universalidad de los valores, una norma válida por siempre para el hombre de todos los tiempos.

Si fuera cierta esta ideología —porque de una ideología se trata—, incluso los delitos más atroces que la historia reconoce, desde los de Gengis Khan a los de Hitler, serían delitos sólo para nosotros, los que vivimos en este tiempo; delitos póstumos, y no delitos contra el hombre. Y sería inútil, o en todo caso provisional, el esfuerzo por definir los «derechos humanos».

A la luz de este modelo, la «adaptación» y la «selección» son evaluadas como mecanismos necesarios para la evolución y el progreso de la especie humana. La adaptación al ambiente y al ecosistema; la selección de las cualidades más idóneas para el progreso de la especie, llevan a justificar el eugenismo tanto negativo como positivo. Ahora que la humanidad ha logrado ser capaz de dominar científicamente los mecanismos de la evolución y de la selección biológica mediante la ingeniería genética, los seguidores de esta teoría justifican la ingeniería genética selectiva, de mejoramiento y alternativa, no sólo para las especies animales sino también para el hombre. Se pueden, no obstante, reconocer en esta corriente de pensamiento varias subcorrientes: algunos son llevados sencillamente al reconocimiento justificativo de los valores existentes en la sociedad; otros, sobre todo los sociobiólogos, son propensos incluso a justificar las intervenciones innovadoras en el patrimonio biológico de la humanidad. En cualquier caso, en esta corriente de pensamiento se comprueba la identificación entre el verum

---

[79] SGRECCIA E., Scienza, medicina, etica en SERRA, NERI (coord.), Nuova genetica..., pp. 7-11.

ipsum factum (el hecho es en sí mismo verdad) y el bonum ipsum factum (el hecho es en sí mismo bueno).

Hay que pensar que, si es obvio que algunos componentes culturales y de las costumbres están sometidos a una evolución, es igualmente obvio que el hombre sigue siendo hombre, diverso por naturaleza —y no sólo por complejidad neurológica— de cualquier otro ser vivo; y que el bien y el mal no son conmutables entre sí, ni falsas y verdaderas a un mismo tiempo las leyes del ser, las de la ciencia y las de la moral. La muerte, el dolor, la sed de verdad, la solidaridad y la libertad no son elaboraciones culturales, sino hechos y valores que acompañan al hombre en todas las etapas históricas.

---

[66]

El modelo subjetivista o liberal-radical

Muchas corrientes de pensamiento desembocan hoy en el subjetivismo moral: el neo-iluminismo, el liberalismo ético, el existencialismo nihilista, el cientificismo neopositivista, el emotivismo, el decisionismo[80].

La propuesta principal de todas estas corrientes es que la moral no se puede fundamentar ni en los hechos, ni en los valores objetivos o trascendentes, sino sólo en la «opción» autónoma del sujeto. En otras palabras, se parte del «no-cogni-tivismo», o sea de la imposibilidad de conocer los valores.

De esta manera, es el principio de autonomía el que cobra relevancia. El único fundamento de la actuación moral es la opción autónoma; y el horizonte ético-social está representado por el compromiso en pro de la liberalización de la sociedad. El único límite es el de la libertad ajena (obviamente, la del que es capaz de valerse de ella).

Se adopta la libertad como supremo y último punto, de referencia: es lícito lo que se quiere y acepta como libremente querido, y que no lesiona la libertad ajena. Tal es el mensaje que surgió con fuerza innovadora de la Revolución francesa. Ciertamente en esta visión algo hay de verdad, pero no toda la verdad del hombre, ni siquiera toda la verdad de la libertad. Todos hemos advertido ya las instancias de esta propuesta: la liberalización del aborto; la libre elección del sexo del ser naciente — ¡y hasta del adulto que desee imperiosamente «cambiar de sexo»!—; la libertad para buscar la fecundación extra corporal incluso de la mujer sola, sea soltera o viuda; la libertad para investigar y hacer

---

[80] A la orientación subjetivista-decisionista puede reducirse el pensamiento de H. Kelsen y K. Popper. En Italia se advierte esta orientación en el pensamiento de Scarpelli. Al mismo enfoque puede reducirse también el emotivismo de A.J. Ayer y C.L. Stenvenson. El mismo existencialismo nihilista de J.P.Sartre y el libertarismo **de** Marcuse acaban por confluir en esta corriente de pensamiento. Véase REALE, ANTISERI, **Storia del** Patero **occidentale...,** m, pp. 508-779.

experimentos; la libertad de decidir sobre el momento de la muerte **(Living Will);** el suicidio como señal y énfasis de libertad, etcétera.

Se trata en realidad de una libertad disminuida: es la libertad para algunos usualmente para aquellos que pueden hacerla valer y expresarla (¿quién defiende la libertad del ser naciente?); se trata de una «liberación de» vínculos y coacciones y no de una «libertad para» un proyecto de vida y de sociedad que esté justificado con un sentido finalista. Se trata, en otras palabras, de libertad sin responsabilidad.

En los años sesenta Marcuse reclamaba tres nuevas libertades para poder llevar a cabo los proyectos de la Revolución francesa y de la Revolución rusa que, según él, sólo habían considerado, la primera, las libertades civiles y la otra, la liberación de la necesidad. Las nuevas fronteras de la libertad serían, según Mar-cuse, la libertad del trabajo, porque el trabajo esclaviza a la actividad humana;

---

[67]

la libertad de la familia, porque la familia esclaviza a la afectividad del hombre, y la libertad de la ética, porque ésta asignaría a la mente del hombre unos fines y los fines limitarían la libertad misma de elección. Así, en su obra £ros y civilización llega a hablar de amor libre y polimorfo[81].

Pero no es difícil comprender que esta libertad es un yugo trágico, aunque él la llame «fiesta»; que es un «nihilismo», porque nada supone antes de la libertad y dentro de la libertad.

Todo acto libre supone en realidad la vida —existente— del hombre que lo lleva a cabo; la vida viene antes que la libertad, porque quien no está vivo no puede sir libre; la libertad tiene un contenido, es siempre un acto que aspira a algo o afecta a alguien; y de este contenido es la libertad la responsable.

En conclusión, la libertad supone el que se sea y se exista «para» un proyecto de vida.

Cuando, por otra parte, la libertad se dirige contra la vida, se destruye a sí misma y seca sus raíces; cuando niega la responsabilidad de la opción, se reduce a fuerza ciega y amenaza con ser un yugo para sí misma y el umbral del suicidio.

Cuando hablamos de responsabilidad, estamos hablando ciertamente de la responsabilidad que nace dentro de la libertad y que es apoyada por la razón, que evalúa los medios y los fines para un proyecto libremente, elegido; no queremos entender, por lo menos ahora, la responsabilidad frente a la ley civil y a la autoridad externa, que puede tener razón cuando se invoca respecto de ciertos valores de bien común, pero que no es la primera ni la mayor expresión de responsabilidad.

[81] MARCUSE H., Eros y civilización, Planeta, Barcelona 1984; MELCHIORRE V., Amore e matrimonio nel pensiero filosófico e teológico moderno, Milán 1976.

Esta es ante todo interior, frente a la razón y a su reflejo en la conciencia, en la apreciación ética de los valores en juego; esta responsabilidad permanece aunque calle la ley civil y el magistrado no sepa y no investigue; más aún, en ocasiones la responsabilidad interior puede contrastar con la ley civil, cuando ésta llega a lesionar los valores fundamentales e irrenunciables de la persona humana.

No es éste el lugar para desarrollar todo el razonamiento teórico e histórico-filosófico de estos términos, que se cuentan entre los más majestuosos y dramáticos de la vida humana, pero era necesario levantar acta por lo menos de la existencia de este «modelo» que tanto influye en la cultura, la literatura, la prensa y, sobre todo, los hábitos y costumbres de nuestros días.

No obstante, a los seguidores de subjetivismo ético y del decisionismo se les dificulta el tener que proponer una norma social, especialmente frente a quién, en aras del principio de autonomía, no acepta autolimitaciones. Para no recurrir a la función «moderadora» del Leviatán de Hobbes, se propone el «principio de tolerancia»

---

[68]

o simplemente el criterio de no causar un «daño relevante» a otro[82]. Aunque en realidad se trata de renunciar a la fundamentación de la moral y, de hecho —especialmente respecto de quien no goza de autonomía moral (el embrión, el feto, el moribundo) —, el liberalismo ético ha terminado por deslizarse hacia la legitimación de la violencia y de la ley del más fuerte[83].

El modelo pragmático-utilitarista

El callejón sin salida del no-cognitivismo y la debilidad intrínseca del subjetivismo en el plano social, han llevado a una recuperación de la intersubjetividad a nivel pragmático. Para encontrar un punto de encuentro que no reniegue de la fundamentación individualista de la norma moral, se llega a la elaboración de varias fórmulas de «ética pública», muy difundida en los países anglosajones, que acaba por ser una especie de subjetivismo de la mayoría[84].

---

[82] SCARPEUJ, La bioetica...

[83] Críticas al decisionismo subjetivista y al «principio de tolerancia« extremo se encuentran incluso en el ámbito del mismo pensamiento llamado «laico». Véase, por ejemplo, MORI M., I limiti dell'etica senza verità, «Biblioteca della Libertà», 1987, 99, pp. 67-76; QUINZIO S., Perchè la tolleranza non basta, Ibid., pp. 77-81. Sobre los resultados «antiliberales» del liberalismo ético, véase SCHOOYANS M., La derive totalitaire...

[84] Nos limitamos a señalar determinados artículos: MORI M., Utilitarismo e morale razionale, Milán 1986; ID., Bioetica: una riflessione in corso, «L'Informazione Bibliografica», 1990, xvi, 3, pp. 442-452; LECALDANO E., // contributo di una filosofia «laica», «Biblioteca della Libertà», 1987, 99, pp. 57-66; ID., Principi e basi razionali di un'etica non religiosa, en BERTI E. (coord.), Problemi di etica: fondazione, norme e orientamenti, Padua 1990, pp. 23-68; ID., Efica e significato: un bilancio, en VIANO V.

El denominador común de estas diversas orientaciones de pensamiento es el rechazo de la metafísica y la desconfianza consiguiente respeto del pensamiento de poder alcanzar una verdad universal y, por tanto, una norma válida para todos en el plano moral.

El principio básico es el del cálculo de las consecuencias de la acción con base en la relación costo/beneficio. Digamos de inmediato que esta relación es válida cuando se refiere a un mismo valor y a una misma persona en sentido homogéneo y subordinado, esto es, cuando no se adopta como principio último, sino como factor de juicio referido a la persona humana y a sus valores. Así, se utiliza válidamente este principio cuando lo aplica, por ejemplo, el cirujano o el médico a fin de decidir cuál terapia escoger, que es evaluada acertadamente con base en los daños (mejor definidos como «riesgos») y en los beneficios previsibles para la vida y la salud del paciente.

Pero ese principio no puede ser aplicado de manera última y fundamental «sopesando» bienes no homogéneos entre sí, como cuando se confrontan los costos

---

[69]

en dinero con el valor de una vida humana. Muchas fórmulas empleadas en el ámbito médico y sugerido para evaluar decisiones terapéuticas o la aplicación de recursos económicos, acaban por adoptar un carácter utilitarista.

El viejo utilitarismo que se remonta al empirismo de Hume, reducía el cálculo de los costos/beneficios a la evaluación grata/desagradable del individuo en particular. El neo utilitarismo se inspira en Bentham y en Stuart Mili y se reduce al triple precepto de maximizar el placer, minimizar el dolor y ampliar la esfera de las libertades personales al mayor número posible de personas[85].

Y es a partir de estos parámetros como se elabora el concepto de «calidad de la vida» (quality of life), que algunos contraponen al concepto de sacralidad de la vida. La calidad de la vida es evaluada precisamente en relación con la reducción al mínimo del dolor y, a menudo, de los costos económicos?)

Se han propuesto diversas fórmulas, inspiradas en el utilitarismo unas veces más «ortodoxo», y otras más «flexible», para evaluar la eficacia y la utilidad de los cuidados o incluso la conveniencia de comprometer recursos económicos en el cuidado de ciertas

---

(coord.), Teorie etiche contemporanee, pp. 58-86.

[85] B**ENTHAM** J., An introduction to the principies of moral and legislations (1779), Londres 1970; S**MART** J.J., W**ILLIAMS** B. (eds.), Utilitarianism for and against, Cambridge 1973; S**TUART** M**ILL** J., Utilitarianism (1781), Nueva York 1974; H**ARSANJI** J.C., Rule utilitarianism and decision theory

«Erkenntnis», 1977, 11, pp. 25-53; H**ARÉ** R.M., The ¡anguage of moráis, Londres 1952; B**RANDT** R., Ethical theory, Englewood Cliffs 1959; P**ALAZZANI,** S**GRECCIA, //** dibattito attuale...

enfermedades: ^el análisis «costos/beneficios»; el análisis «costos/ eficacia»; y el análisis «calidad/años de vida ajustados», son fórmulas que acaban, especialmente esta última, por incluir entre los factores decisivos de la intervención terapéutica y de la asignación de recursos en el ámbito sanitario —en comparación con el costo de los cuidados— los factores económicos e incluso la recuperación misma de la productividad por parte del paciente.

Estas fórmulas, como muchas otras inventadas para cada una de las categorías de pacientes —recién nacidos deformes, enfermos de cáncer—, al confrontar factores que no son homogéneos (salud y productividad; terapia y disponibilidad de fondos) acaban por sancionar la suspensión de las terapias y de la asistencia, alegando que los gastos no son productivos, o un concepto de la calidad de vida basado simplemente en la evaluación de factores biológicos o económicos.

Así, para suavizar el utilitarismo del acto, se ha intentado introducir algunas reglas de beneficencia más amplia, como el concepto de la equidad o de la asistencia mínima[86], moderando el utilitarismo del acto con el utilitarismo de la norma. Las reglas de «equidad», de «imparcialidad», de «observación neutral», de «ampliación social de la utilidad», del «cálculo de felicidad social» o del «mínimo ético», no sirven para anular una situación de relativismo y de carencia de un fundamento que

---

[70]

verifique la norma. Hay que subrayar, además, la gran dificultad de hacer un cálculo de conciliación entre el interés privado y el social en el plano empírico y pragmático de la felicidad.

En este campo de la búsqueda de la felicidad y de la calidad de vida, algunos autores llegan a reducir la categoría de persona a la de menor ser que siente, en cuanto que sólo éste es capaz de sentir placer y dolor,

Todo lo cual tiene como consecuencia:

«a) que no se tome en consideración la protección de los intereses de los individuos "insensibles", es decir, que carecen de la facultad de sentir (como los embriones —por lo menos hasta el estadio de la formación de las estructuras nerviosas—, los individuos en coma vegetativo, etcétera);

b) Que se justifique la eliminación de los individuos que sienten pero en los cuales el sufrimiento supera (o se supone que supera) al placer, o la de los individuos que provoca en los demás cuantitativamente más dolor que complacencia (los discapacitados, los fetos deformes, los moribundos, etcétera);

[86] GRACIA D., Fundamentos de bioética, pp. 276-281; SGRECCIA E., Calidad de vida y defensa de la vida, Ponencia presentada en el I Congreso de los Movimientos Pro-Vida en América Latina, Monterrey, N.L., abril de 1992, en prensa.

c) que se justifiquen las intervenciones que suprimen incluso la vida humana con tal de suprimir únicamente el sufrimiento (licitud de aborto incluso en estadios avanzados del embarazo**,** a condición de que se lleve a cabo con prácticas indoloras). Por tanto, si el utilitarismo, por un lado, excluye de ser respetados a algunos seres humanos, por el otro llega paradójicamente a equiparar a los seres humanos y los animales, al tomar como base la capacidad de "sentir" y, por consiguiente, de percibir el placer y el dolor»[87].

De esta manera, nos seguimos manteniendo en una perspectiva utilitarista en la cual no se precisa «de qué cosa» se ha de buscar la utilidad y en orden «a qué»; mejor dicho, se alega que la vida humana es valorada si está presente/ausente el sufrimiento, y según los criterios economicistas de la productividad o improductividad del gasto.

Una orientación de ética pública, análoga en ciertos aspectos al utilitarismo (aunque muestre algunas divergencias), la constituye el contractualismo, inspirado también en el criterio del acuerdo intersubjetivo estipulado por la comunidad ética, esto es, por todos cuantos tienen la capacidad y la facultad de decidir. Expresión de esta orientación es el pensamiento de H.T. Engelhardt en su obra The Foundations of bioethics[88], que mencionamos en el capítulo primero. El consenso social de la «comunidad ética» justifica, según este autor, el que valgan menos todos aquellos que no forman parte todavía de la comunidad (embriones, fetos y niños) cuyos derechos dependerían, por tanto, de los adultos que, en definitiva, no son considerados como personas. De esta manera, tampoco son valorados, al «no ser personas», los que no han logrado su inserción social, como ocurre, por

---

[71]

ejemplo, con los enfermos que han perdido toda relación social o los dementes no recuperables. En definitiva, la concepción de la persona humana acaba por ser un concepto sociológico.

En el ámbito de este panorama de la ética intersubjetiva, hay que recordar las corrientes de pensamiento que se remiten a la fenomenología y a la ética de la comunicación.

La ética fenomenològica muestra, especialmente en M. Scheler y N. Hartmann, una apertura a los valores éticos, una apertura definida como «intencional» e «intuitiva» a los valores; los valores éticos, sin embargo, están fundamentados a nivel emotivo (lo divino en el hombre, de Scheler) y «religioso». Se afirma, por esto, la posibilidad de fundamentación que quiere ser concreta; pero sobre un terreno, no obstante, que queda reducido a ¡a subjetividad emocional y que por esto mismo no puede aspirar a tener validez universal. El horizonte sigue siendo un horizonte social, por lo demás, difícil de formular.

---

[87] PAIAZZANI, SGRECCIA, // dibattito attuale..., p. 862.
[88] ENGELHARDT JR., The Foundations of bioethics.

También la teoría de la «ética formal de los bienes» defendida por D. Gracia entra en esta perspectiva fenomenològica al afirmar la exigencia formal y universal de los valores, en cuanto que el mismo conocimiento de la realidad suscita en la conciencia el sentido de las realidades como valores; aun cuando esa exigencia formal se hace realidad en actos de evaluación o valoración que son subjetivos y dictados por las circunstancias. Por eso, como exigencia, la moral está fundamentada en un sentido racional y universal; pero como opción concreta, vuelve a estar dictada por la evaluación subjetiva[89].

Asimismo, el intento por superar el subjetivismo de las opciones concretas mediante la búsqueda de un acuerdo «de procedimiento» de tipo social al compartir una serie de normas, como el «igualitarismo» o la introducción de conceptos correctivos tales como el «observador ideal«, el «mínimo ético» o el «postulado de equiprobabilidad», son procedimientos de carácter artificial que no logran superar el horizonte de la subjetividad y de la convención intersubjetiva[90].

La teoría de la comunicación que proponen en el área cultural alemana K. O. Apel y J. Habermas, pone como base del consenso social la comunicación, la cual debería permitir, por una parte, superar la «razón calculadora» del utilitarismo y, por otra, poderse entender acerca de los contenidos y los destinatarios de los valores[91]. Hay que reconocer que algunos valores están implícitos ciertamente

---

[72]

la misma comunicación, como la veracidad, el respeto de la opinión ajena o el respeto de la libertad de opinión y de expresión; pero son valores previos y que preparan la fundamentación de una norma. El mismo principio fundamental (Groundnorm) que esta corriente-propone —según el cual «las normas que hay que justificar deben ser capaces de obtener el consenso sobre sus consecuencias previsibles para todos los interesados»— corre el riesgo de subordinar la validez de la norma al consenso, y el de no poder precisar quiénes son los interesados.

Una orientación que me parece incluida en el horizonte de la ética pública —en el que se afirma la necesidad de ciertos principios morales, pero cuya justificación sigue siendo imprecisa— la representa el llamado «principialismo» que se remite a Beauchamp y Childress[92].

[89] GRACIA D., Fundamentos de bioética, pp. 363-382.

[90] Sobre la teoría del observador real, véase: VEATCH R.M., Medical ethics, Boston 1981; HARÉ, The language of moráis; ID., Freedom and reason, Oxford 1963. La teoría del «postulado de equiprobabilidad» la formula HARSANJI J.C., Rule utilitarianism... Sobre la teoría del igualitarismo, véase: RAWLS J., A theory of justice, Cambridge (Mass.) 1971, y una documentación más completa en el trabajo de PALAZZANI, SGRECCIA, Il dibattito attuale...

[91] Nos limitamos sólo a dar algunas indicaciones: APEL K.O., Comunità e comunicazione, Turín 1977; HABERMAS J., Teoria e prassi nella società tecnologica, Bari 1978; GRACIA D., Fundamentos de-bioética, pp. 558-591.

[92] BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principies of biomedicai ethics.

Los conocidos principios de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y de justicia (que tienen una particular relevancia considerados aisladamente y que en conjunto entran ciertamente en la evaluación de la intervención en el campo biomédico-asistencial) requieren a su vez de una fundamentación. Queda por precisar, en efecto, qué es bueno o malo para un paciente —por ejemplo, ¿es bueno para un recién nacido con múltiples y graves deformaciones, prestarle asistencia o dejar que muera?—; y, además, es necesario que entre los mismos principios se establezca una jerarquía, sobre todo entre el principio de autonomía y el de beneficencia: se requiere que el primero esté subordinado al segundo, pues de otra manera no se garantiza la autonomía de los sujetos, especialmente cuando el enfermo no es capaz de ejercer la autodeterminación o cuando la autonomía del médico y la del paciente se contradicen. Para conciliar el principio de autonomía con el principio de beneficencia hay que hallar un punto de encuentro real en la búsqueda del verdadero bien de la persona[93]. Reanudaremos el razonamiento (que aquí nos limitamos a mencionar brevemente) en el capítulo dedicado a los principios de la Bioética.

Igualmente evasivo se presenta el razonamiento de la llamada «deontología prima facie**»[94].** Según este enfoque, en efecto, no existen deberes siempre y en cualquier caso válidos, sino sólo deberes que son válidos (prima facie) como si dijéramos

[73]

«en principio», pero que en su aplicación concreta admiten excepciones y conflictos a los que no se puede dar una solución homogénea y cierta. Pensamos que si no se quiere proclamar el relativismo de las opciones concretas, so pena de hacer declaraciones de principio que tienen un valor simplemente formal, habrá que advertir la obligación y la necesidad de aclarar y resolver los conflictos, jerarquizar armónicamente los valores en juego y eliminar la conflictividad. Es así como la ciencia ética y el ejercicio de las virtudes éticas cobran un significado en este campo.

El modelo personalista

El que consideramos más apropiado para resolver las antinomias de los modelos precedentes y al mismo tiempo para fundamentar la objetividad de los valores y de las normas, es el modelo personalista.

Pero hemos de apresurarnos a aclarar que históricamente se puede hablar de personalismo por lo menos con una triple significación o

---

[93]Véase el lùcido análisis de! conflicto que hace I. C**ARRASCO DE** P**AULA,** L'etica dell'intervento medico: il primato dell'interesse del paziente, en S**GRECCIA** E., S**PAGNOLO** A.G., Di P**IETRO** M.L. (coord.), L'ass/sfenza al morente, Actas del Congreso Internacional «La asistencia al moribundo», 15-18 de marzo de 1992, en prensa.

[94] Ross D., The right and the good, Oxford 1930. [Llámanse «principios prima facie» a aquellos que obligan «siempre y cuando no entren en conflicto entre sí». Cfr. A**TIENZA**, M., Juridificar la bioética. Bioética, derecho y razón práctica, «Claves de razón práctica», 61, abril 1996, 2-15. N. del T.]

con un triple énfasis en su significado: el personalismo relacional, el personalismo hermenéutico y el personalismo ontológico[95]. En el significado relacional-comunicativo se subraya sobre todo el valor de la subjetividad y de la relación intersubjetiva, como dijimos que hacían Apel y Habermas. En el significado hermenéutico se enfatiza el papel de la conciencia subjetiva al interpretar —como hace Gadamer— la realidad conforme a la propia «precomprensión». En el significado ontológico, por último, sin negar la importancia de la subjetividad relacional y de la conciencia, se quiere subrayar que el fundamento de la misma subjetividad estriba en una existencia y una esencia constituida en la unidad cuerpo-espíritu.

La persona es entendida como ens ratione praeditum (ente dotado de razón) o, como Boecio la define, rationalis naturae individua substantia (sustancia individual de naturaleza racional). En el hombre, la personalidad subsiste en la individualidad constituida por un cuerpo animado y estructurado por un espíritu[96].

La tradición personalista hunde sus raíces en la razón misma del hombre y en el corazón de.su libertad: el hombre es persona porque es el único ser en el que la vida se hace capaz de «reflexionar» sobre sí misma, de autodeterminarse; es el único ser viviente que tiene ja capacidad de captar y descubrir el sentido de las cosas y de dar sentido a sus expresiones y a su lenguaje consciente. Razón, libertad

[74]

y conciencia representan, para decirlo con palabras de Popper, una «creació emergente"[97] irreducible al flujo de las leyes cósmicas y evolucionistas. Y esto, mereced a un alma espiritual que informa y da vida a su realidad corpórea y que contiene y estructura al cuerpo. El yo no se puede reducir a cifras, a números, a átomos, a células o neuronas. El homme neuronal del que habla Changeaux, no agota la totalidad del hombre, sino que requiere más bien de una mente que estructure al cerebro, al igual que requiere el alma espiritual que estructure, guie y vivifique a su cuerpo. La distancia ontológica y axiológica, que distingue a la persona humana del animal, no es comparable con la distancia que media entre la planta y el reptil o entre la piedra y la planta. En cada hombre, en toda persona humana se recapitula y cobra sentido el mundo entero, pero al mismo tiempo el cosmos es superado y trascendido. En cada hombre se encierra el sentido del universo y todo el valor de la

---

[95] Véase VIAFORA C. (coord.), Vent'anni di bioética, pp. 45-48.

[96] Puede verse, para profundizar en este punto de vista: VANNI ROVIGHI, Elementi di filosofía, m; HERVADA J., Introduzione critica al diritto naturale, Milán 1990; COTTAS., Giustificazione e obbligatorietà délie norme, Milán 1981; MARITAIN, Neuf leçons...; BAUSOLA A., La cultura delVindifferenza nell'orizzonte contemporáneo, «Synesis», 1991, 2/3, pp. 25-38.

[97] POPPER K., ECCLES J., L'io e il suo cervello, 3 vols., Roma 1982

humanidad: la persona humana es una unidad, un todo, y no sólo parte de un todo.

La misma sociedad tiene como punto de referencia a la persona humana; la persona es fin y origen de la sociedad. La Revelación cristiana, con la verdad de la Creación —la Creación es también una conclusión racional dentro de ciertos límites—, de la Redención y de la comunión del hombre con Dios, da a esta visión personalista una amplitud de horizontes y de valores que toca lo divino. El hombre, cada hombre en particular, es para el creyente imagen de Dios, hijo de Dios y hermano de Jesucristo. Pero ante cualquier reflexión racional, aunque sea laica, la persona humana se presenta como el punto de referencia, el fin y no el medio, la realidad que trasciende a la economía, el derecho y la historia misma. No se debe pensar que respecto del razonamiento de ética médica, o bioética, estas premisas de orden filosófico son pura abstracción, porque tanto la ética como la medicina tienen por destinatario al hombre y éste es considerado en la plenitud de su valor.

Desde el momento de la concepción hasta la muerte, en cualquier situación de sufrimiento o de salud, es la persona humana el punto de referencia y de medida entre lo lícito y lo ilícito,

No hay que confundir el personalismo al que nos referimos con el individualismo subjetivista, concepción en la que se subraya, casi como constitutivo único de la persona, la capacidad de autodecisión y de elección; es éste un punto de vista muy difundido en el mundo protestante y existencialista, que influye también en ciertas corrientes de la teología norteamericana. El personalismo clásico de tipo realista y tomista —sin negar este componente existencial, o capacidad de elección, que constituye el destino y el drama de la persona— pretende afirmar también, y prioritariamente, un estatuto objetivo y existencial (ontológico) de la persona. La

[75]

persona es ante todo un cuerpo espiritualizado, un espíritu encarnado, que vale por lo que es y no sólo por las opciones que lleva a cabo. Más aún, en toda elección la persona empeña lo que ella es, su existencia y su esencia, su cuerpo y su espíritu; en toda elección se da no sólo el ejercicio de elección, la facultad de elegir, sino también un contexto de la elección, es decir, un fin, unos medios y unos valores.

El personalismo realista ve en la persona una unidad, como frecuentemente se dice, la unitotalidad de cuerpo y espíritu que representa su valor objetivo, del que se hace cargo —y no puede dejar de hacerlo— la subjetividad, respecto tanto de la propia persona como de la persona ajena.

No se puede disolver a la persona humana y sus valores en una serie de elecciones, sin una fuente de la que provengan estas opciones y sin los contenidos de valor que éstas expresan.

El aspecto objetivo y el aspecto subjetivo de la persona están en referencia mutua e implicada en una ética personalista. El valor ético de

un acto deberá ser considerado bajo el perfil subjetivo de la intencionalidad, pero también en su contenido objetivo y en las consecuencias.

Si un cirujano involuntariamente no estuviera atento a una intervención difícil y peligrosa, a la que siguiera la muerte de la persona, subjetivamente podría no ser culpable; pero la objetividad de la pérdida de una vida humana sigue siendo un hecho que debe determinar el esfuerzo del cirujano para en lo sucesivo no distraerse. En el momento del juicio íntimo sobre lo realizado, prevalece la evaluación de la subjetividad; pero en el momento normativo y deontológico, prevalece el valor objetivo al que hay que adecuar cada vez más la actitud subjetiva. La certeza deberá buscar cada vez más la verdad.

Pensamos que puede ser ubicada en la perspectiva personalista una instancia presente en algunos pensadores de extracción anglosajona que tiende a revaluar la «ética de las virtudes», asumida como contrapuesta, o en todo caso como prioritaria respecto de la «ética de los principios»[98]. Estamos convencidos de que no sólo el momento de la aplicación del juicio ético exige adquirir determinadas capacidades para encarnar los valores, sino que el mismo estar sensibilizado al sentido y al valor de la persona nace de un hábito de conciencia inspirado en la virtud. Sin embargo, teniendo presente precisamente el modelo personalista, resulta necesaria una integración entre el momento del esclarecimiento y de

---

[76]

la fundamentación de los valores y normas, y el momento de su aplicación coherente y correcta. Más adelante tendremos oportunidad de recordar el papel de las virtudes cardinales en la actuación ética. Pero ya desde ahora pensamos que no se pueden separar los dos momentos, a

[98] **PALAZZANI** L., Bioética dei principi e bioética deile virtú. Il dibattito attuale negli Stati Uniti, «Medicina e morale», 1992, 1, pp. 59-86; **PELLEGRINO** E.D., A philosophical sources of medical morality, «Journal of Medicine and Philosophy», 1979, 4, 1, pp. 1-7; **ID.,** The caring ethics: the relationship of physician to patient, en **BISHOP** A.H., **SCUDDER** J.R., Caring, curíng, coping: nurse-physician-patient relationships, Alabama 1985, pp. 8-30; **ID.,** Philosophical groundings for treating patient as a person-. a commentary on Alasdair MacIntyre, en **CASSELL** E.J., **SIEGLER** M. (eds.), Changing valúes in medicine, Frederick (MD) 1985, pp. 97-104; **ID.,** Professional ethics: mora! decline or paradigm shift?, «Religión and Intellectual Life», 1987, 4 (3), pp. 21-45; **ID.,** Altruísm vs. self-interest: ethical models for medical professions, «NYU Physicians», 1988, 45 (1), pp. 41-43; **ID.,** Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions, «The Journal of Contemporary Health Law and Policy», 1989, 5, pp. 53-73; **ID.,** Trust and distrut in professional ethics, en **PELLEGRINO** E.D., **VEATCH** R.M., **LANGAN** J. (eds.), Ethics, trust, and the professions: philosophical and cultura! aspects, Washington D.C, 1991, pp. 69-89; **ID.**, The virtuous physician, and the ethics of medicine, en **SHELP** E.E. (ed.), Virtue and medicine. Explorations in the character of medicine, Dordrecht 1985, pp. 237-255; **PELLEGRINO**, **THOMASMA**, For the patient's good... De los mismos autores véase también A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions, Nueva York 1981.

menos que el mismo concepto de virtud o el actuar virtuosamente se consideren carentes de fundamentación.

El **método de investigación en Bioética**

Por todo lo que llevamos dicho sobre la bioética personalista, es fácil comprender que el método de investigación e incluso de enseñanza de la Bioética no puede configurarse ni como método inductivo (las normas se constituirían por la observación de los hechos biológicos o sociológicos) ni como método simplemente deductivo (de los principios se deduce la norma de comportamiento de manera inmediata)[99]. Nos parece necesario proponer un método que definimos como triangular, esto es, que se determine mediante un examen que tiene tres puntos de enlace.

Ante todo, se requiere la exposición del hecho biomédico comprobando científicamente su consistencia y exactitud; por ejemplo, la posibilidad de proceder a la recombinación del DNA o a la fecundación humana in vitro; y este es el punto A del triángulo. Del examen de este punto se debe pasar a la profundización del significado antropológico, es decir, a analizar esos valores que están en juego en relación con la vida, con la integridad y la dignidad de la persona humana; este es el vértice B, el punto de síntesis más netamente filosófico. A partir de este examen se podrá determinar qué valores hay que defender y cómo se deben normar la acción y los agentes en el plano individual y social; principios y normas de conducta que deberán ser referidos a ese punto central constituido por el valor-persona y por los valores que se encuentran en la persona para ser armónicamente jerarquizados (la vida, la salud, la responsabilidad personal, etcétera).

---

[77]

La solución de estos problemas éticos deberá buscarse en relación con los conceptos y los valores fundamentales de la persona humana: es a este punto al que se remite la filosofía del hombre en su conjunto. Y este es el punto C de nuestro método triangular[100].

La confrontación con otras soluciones propuestas por las diferentes corrientes de pensamiento deberá acompañar, en lo posible, la justificación de las soluciones propuestas.

Por esta razón, se impone la confrontación con la antropología de referencia de manera dinámica y constante: los descubrimientos

[99] Sobre el problema del método, que refleja obviamente la visión antropológica adoptada, véase por ejemplo el amplio capitulo de GRACIA D., Fundamentos de bioética, pp. 395-503, en donde replantea las diversas soluciones histórico-filosóficas, y el capítulo siguiente (pp. 527-575), donde expone el problema del «mínimo ético» o de la «ética mínima».

[100] Para un examen más completo de las tareas que tiene encomendadas la filosofía moral en general, véase VANNI ROVIGHI, Elementi di filosofia, m, pp. 189-269.

científicos y las aplicaciones tecnológicas abren continuamente nuevas posibilidades y nuevas conquistas; y esta evolución repercute continuamente en la evolución social y en la adecuación jurídica de la sociedad.

La antropología ofrece un criterio de discriminación entre lo que es técnica y científicamente posible y lo que es lícito éticamente; ofrece también un criterio de juicio entre lo que está legalmente sancionado por las mayorías políticas, y lo que es lícito y benéfico para el bien del hombre.

Es obvio que la antropología sigue siendo interrogada y enriquecida por este diálogo triangular (biología-antropología-ética), pero es igualmente necesario que aquélla establezca los criterios y valores que no pueden ser vulnerados ni violentados, porque representan el motivo mismo de la teleología del progreso científico y de la sociedad.

Los valores fundamentales de la persona deberán ser protegidos no sólo moralmente, sino también legalmente; son los llamados valores humanos sobre los que las cortes internacionales y las constituciones nacionales deben pronunciarse. Aquí se plantea el problema de la relación entre ética y derecho, entre ley moral y ley civil[101].

Ley moral y ley civil

Siguiendo a Santo Tomás, decimos que no toda la esfera de la moral puede ser cubierta por el derecho; la ley, por lo demás, no puede fundamentar la moral, sino en todo caso reconocer sus instancias.

Por esto, no hay que reclamar un estado ético, constitutivo del bien y del mal. Sin embargo, la ley debe proteger también ciertos valores fundamentales, necesarios

---

[78]

e indispensables para garantizar el bien común; pues cuando la ley no protege un bien esencial para la convivencia y para el bien común, ya no es ley, y debe ser cambiada o recusada por «objeción de conciencia».

Tal es el caso de las leyes abortistas. El respeto de la vida de cada una de las personas, nacida o naciente, es moralmente el requisito fundamental para poder proteger el bien común; esto, si se está convencido, como luego volveremos sobre ello, de que la vida del ser naciente es desde la concepción, ontológicamente hablando, una vida personal.

[101] AA. VV., Ordine morale e ordine giuridico. Rapporto e distinzione tra diritto e morale, Bolonia 1985; DONATI P., Il contesto sociale della bioetica: il rapporto tra norme morali e norme di diritto positivo, en AA.VV., Bioetica: un'opzione per l'uomo, Milán 1988. Sobre el tema de la relación entre bioética y derecho véase DAGOSTINO F., // problema bioetico in una società pluralistica, en Actas del 88° Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna, Roma 1987; ID., Bioetica e diritto, «Medicina e Morale», 1993, 4, pp. 675-691.

El bien fundamental de la vida de cada uno, la familia, la asistencia médica indispensable, constituyen no el «mínimo ético» —porque no se trata de algo mínimo—, sino del «bien común» que hay que proteger en beneficio de todos.

Ética laica y ética católica

De un tiempo a esta parte se ha entablado, en buena medida artificiosamente, una polémica por parte de algunos centros y especialistas contraponiendo la llamada bioética laica a la bioética católica[102].

La bioética laica se basaría en la razón y en los valores de la conciencia, y en cambio la católica se fundamentaría en los dogmas y en la fe; y se piensa que una visión es incompatible con la otra.

En cambio, de todo lo dicho hasta ahora se debería concluir que el enfoque personalista no prescinde de la justificación racional de los valores y de las normas; y que la fe religiosa, como hemos apuntado ya, no violenta las instancias racionales, sino que en todo caso las refuerza. La confrontación se establece más bien acerca de la antropología de referencia y el problema de la fundamentación del juicio ético, sin anteponer barreras «dogmáticas» a la búsqueda apasionada de la verdad.

Nuestra intención es fomentar la confrontación sobre la base de las razones que apoyan la propuesta ética personalista. Si citamos como confirmación —como tenemos intención de hacer— los textos del Magisterio, es porque encontramos en ellos una consonancia y, a veces, una intuición profética.

Y si, después, terminamos por afirmar que en el fondo de la persona, como última explicación de su existir y como última referencia de su dignidad, está el Creador y la creación, esto lo hacemos por exigencias que son también racionales y que, en cualquier caso, no contradicen a la razón. La gran confianza que tenía Santo Tomás de Aquino en poder conciliar las instancias de la razón con las de la fe,

---

[79]

son la base de nuestra confianza de poder dialogar con los laicos sin sentirnos llamados a redimensionar o reducir las instancias de la fe, que no se impone a nadie, pero que puede ser propuesta a todos por muy buenas razones.

No faltan, por lo demás, libros en los que se aborda la problemática ética a partir del dato revelado y, por tanto, con un claro enfoque teológico. Pensamos que de la consideración del dato religioso, sobre

[102] PALAZZANI L., Dall'etica «laica» alia bioética «laica»: linee per un approfondimento filosofico-critico del dibattito italiano attuale, «Humanitas», 1991, 4, pp. 413-446.

todo en el ámbito de las iglesias cristianas y de la Iglesia católica —incluso desde el punto de vista histórico, como recordábamos en el capítulo anterior— provienen importantes aportaciones tanto en el campo de la investigación biomédica cuanto en la visión de la humanización de la asistencia médica[103].

Este peligro de distanciamiento entre la fundamentación de la norma y sus aplicaciones se puede encontrar también en la «bioética clínica», cuando ésta quiere basarse sólo en el examen empírico y prudencial caso por caso[104].

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., La fondazione della norma morale nella riflessione teologica e marxista contemporanea, Dehoniane, Bolonia 1979.

—, Ordine morale e ordine giuridico. Rapporto e distinzione tra diritto e morale, Dehoniane, Bolonia 1985.

—, Fondazione e interpretazione della norma, Morcelliana, Brescia 1986.

—, Bioetica e persona, «Per la Filosofia. Filosofia e Insegnamento», 1992, 257

AGAZZI E. (coord.), Quale etica per la bioetica?, Angeli, Milán 1990.

—, II bene, il male e la scienza, Rusconi, Milán 1992.

—, (coord.) Bioetica e persona, Angeli, Milán 1993.

APEL K.O., Comunità e comunicazione, Rosemberg y Sellier, Turin 1977.

ATIENZA M., Juridificar la Bioética. Bioética, derecho y razón práctica, «Claves de razón práctica», 61, abril 1996, 2-15.

AYALA J.F., The biological roots of morality, «Biology and Philosophy», 1987, 2, 235-252.

AYER A.J., Language, truth and logie, Gollancz, Londres 1936. BAUSOLA A., Filosofia morale. Lineamenti, Celuc, Milán 1976.

—, La cultura dell'indifferenza nell'orizzonte contemporaneo, «Synesis», 1987, 2, 235-252.

---

[80]

BAYLES M.D. (coord.), *Contemporary Utilitarianism,* Doubleday, Nueva York 1958.

---

[103] WALTERS L, Religión and the renaissance of medical ethics in USA, 1965-1975, en SHELP E.E. (ed.), Theology and bioethics, Dordrecht 1985; CALLAHAN D., Religión and the secularization of bioethics, «Hastings Center Report», 1990, 6-7, (Suppl.), pp. 2-4; TETTAMANZI, Bioetica...

[104] WANDOLO C, introduzione all'etica clinica, Roma 1990; ID., L'etica del malato, Roma 1990.

BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., *Principles of biomedical ethics,* Oxford University Press, Nueva York 1989.
BENTHAM J *An introduction to the principles of moral and legislation,* The Athon Press, Londres 1970.
BERNARD J., *De la biologie à l'éthique. Nouveaux pouvoirs de la science, nouveaux pouvoirs de Vhomme,* Buchet Chastel, Paris 1990. BERTI E., *Le vie della ragione,* Il Mulino, Bolonia 1987.
——,*Etica e significato: un bilancio,* en VIANO A.C. (coord.), *Teorie etiche contemporanee,* Boringhieri, Turin 1990, pp. 58-86.
——, (coord.), *Problemi di etica: fondazione, norme e orientamenti,* Gregoriana, pldua 1990.
BOMPIANI A., *Bioetica in Italia,* Dehoniane, Bolonia 1992.
BONE E., *Bioéthique: nouveau chapitre d'une morale du XXI siede,* «Foi et Temps», 1984, 249 ss.
BRANDT R., *Ethical theory,* Englewood Cliffs, Prentice Hall 1959.
CALLAHAN D., *Religion and the secularization of bioethics,* «Hastings Center Report», 1990, 6-7, Suppl., 2-4.
CANEPA G., *Bioetica e deontologia medica: aspetti problematici e conflittuali,* «Rivista italiana di medicina legale», 1990, 1, 3-6.
CARCATERRA G., *// problema della fallacia naturalistica. La derivazione del dover essere dall'essere,* Giuffrè, Milan 1969.
CARRASCO DE PAULA I., *L'etica dell'intervento medico: il primato dell'interesse del paziente,* en SGRECCIA E., SPAGNOLO A.G.J. DI PIETRO M.L. (coord.), *L'assistenza al morente,* Actas del Congreso Internacional «Care for dying person», 15-18 de marzo de 1992, en prensa.
CHIARELLI B., *Storia naturale del concetto di etica e sue implicazioni per gli equilibri naturali attuali,* «Federazione medica», 1984, xxxvn, 6, 542-546.
——,, *Problemi di bioetica nella transizione dal II al III milenio,* Il Sedicesimo, Florencia 1990.
CHISHOLM R.M., *Human freedom and the self* University Press of Kansas, Lawrence 1964.
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Terapia genica,* Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma 1991.
CONEGLIONE F., *La scienza impossibile: dal popperismo alla critica del razionalismo,* Il Mulino, Bolonia 1980.
COTTA S., *Giustificazione e obbligatorietà delle norme,* Giuffrè, Milan 1981.
D'AGOSTINO F., *// problema bioetico in una società pluralistica,* Actas del 88[2] Congreso de la Sociedad Italiana de Medicina Interna, Pozzi, Roma 1987, 8-15.
——,, *Bioetica e diritto,* «Medicina e Morale», 1993, 4, 675-691.
DANESI F., *Note sulla fondazione della bioetica,* «La Civiltà Cattolica», 1990, 141, 232-240.

[81]
DA RE A., *La questione etica oggi. Nodi e problemi di fondo,* «Presenza Pastorale», 1990, 11/12, 9-21.
DELGADO L., *Antropologia medica,* Paoline, Milàn 1991.
Di MEO A., MANCINA C. (coord.), *Bioetica,* Laterza, Bari 1989.
DONATI P., *// contesto sociale della bioetica: il rapporto tra norme morali e norme dì diritto positivo,* en AA. VV., *Bioetica: un «opzione per l'uomo,* Actas del I Curso International de Bioética (Bolonia, 15-16 de abril de 1988), Jaca Book, Milàn 1988, pp. 135-181.
DULBECCO R., *Ingegneri della vita,* Sperling & Kupfer, Milàn 1988.
ENGELHARDT T.H. IR., *The Foundations of bioethics,* Oxford University Press, Nueva York 1986.
FRANKENA W.K., *Ethics,* Englewood Cliffs, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1973.
GILBERT P., *La crisi della ragione contemporanea,* «La Civiltà Cattolica», 1990, 141, 559-572.
GRACIA D., *Fundamentos de bioética,* Eudema, Madrid 1989.
GREEN R.M., *Method in bioethics: a troubled assesment,* «The Journal of Medicine and Philosophy», 1990, 15 (2), 179-197.
HABERMAS J., *Teoria e prassi nella società tecnologica,* Laterza, Bari 1978.
HARE R.M., *The language of morals,* Clarendon Press, Londres 1952.
——,, *Freedom and reason,* Oxford University Press, Oxford 1963.
HARSANJI G.C., *Rule utilitarianism and decision theory,* «Erkenntnis», 1977, 11, 25-53.
HERVADA H, *Introduzione critica al diritto naturale,* Giuffrè, Milàn 1990.
IANDOLO C, *Introduzione all'etica clinica,* Pozzi, Roma" 1990.
——,, *L'etica al letto del malato,* Armando, Roma 1990.
JASPERS K., *DerArzt im technischen Zeitalter,* R. Piper, Munich 1986.
JONAS H., *Das Prinzip Verantwortung,* Insel Verlag, Frankfurt 1979.
——,, *Philosophical Essays. From ancient creed to technological man,* University of Chicago Press, Chicago 1974.
LADRTBRE J., */ rischi della razionalità,* SEI, Turin 1978.
LA TORRE M., *Non cognitivismo e principio di tolleranza. Una discussione su etica, bioetica e metaetica,* «Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto», 1988, 65, 301-322.
LATTUADA A., *L'etica normativa: problemi metodologici,* Vita e Pensiero, Milàn 1985.
LECALDANO E., *// contributo di una fdosofia «laica»,* «Biblioteca della Libertà», Boringhieri, Turin 1990, 58-86.
——,, *Principi e basi razionali di un'etica non religiosa,* en BERTI E. (coord.), *Problemi di etica: fondazione, norme e orientamenti,* Gregoriana, Padua 1990, pp. 23-68.

——,, *Etica e significato: un bilancio,* en VIANO C.A. (coord.), *Teorie etiche contemporanee, 1987, 99, pp. 57-66.*

[82]

——,, VECA S. (coord.), *Utilitarismo oggi,* Laterza, Bari 1986.
LOMBARDI VALLAURI L., *Terre,* Vita e Pensiero, Milán 1989.
MACINTYRE A., *After virtue. A study in moral theory,* Notre Dame Press, Notre Dame (Indiana) 1981.
MAFFETTONE S., *Valori comuni,* Il Saggiatore, Milán 1989. MANCINI I., *Teologia, ideologia, utopia,* Queriniana, Brescia 1974. MARCOZZI V., *La sociobiologia,* «La Civiltà Cattolica», 1980, IL MARCUSE H., *Eros e civiltà,* Turin 1968.
MARITAIN J., *Neuf leçons sur les notions premières de la philosophie morale,* Téqui, París 1951.
MCCULLOUGH A., *Methodological concerns in bioethics,* «J. Med. and Phil.», 1986, 1, 17-37.
MILL J.S., *La natura,* en *Saggi sulla religione,* Feltrinelli, Milán 1982.
——,, *Utilitarianism,* Bobbs Merril, Nueva York 1959.
MONOD J., *Le hasard et la nécessité,* París 1970.
MOORE G.E., *Principia ethica,* Cambridge University Press, Cambridge 1903.
MORI M., *Utilitarismo e morale razionale,* Giuffrè, Milán 1986.
——,, *I limiti dell'etica senza verità,* «Biblioteca della Libertà», 1987, 99, 67-76.
——,, *Bioetica: una riflessione in corso,* «L'Informazione bibliografica», 1990, xvI, 3, 442-452.
——,, (coord.) *Questioni di bioetica,* Editori Riuniti, Roma 1988.
——,, SCARPELLI U. (coord.), *Diritto alla vita,* «Rivista di Filosofia», 1983, 74, 25-27.
MULLER A.W., *Radicai subjectivity: morality versus utilitarianism,* «Ratio», 1977, 19, 115-132.
NELSON R.J., *Human Ufe: a biblical perspective for bioethics,* Fortree Press, Filadelfia 1984.
NOZICK R., *Philosophical explanations,* Belknap Press, Cambridge (Mass.) 1981.
OPPENHEIM F.E., *Non cognitivismo, razionalità e relativismo,* «Rivista di Filosofia», 1987, 78, 17-29.
PALAZZANI L., *Dall'etica «laica alla bioetica» «laica»: linee per un approfondimento filosofico-critico del dibattito italiano attuale,* «Humanitas», 1991, 4, 413-446.
——,, *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù. Il dibattito attuale negli Stati Uniti,* «Medicina e Morale», 1992, 5, 847-870.
——,, SGRECCIA E., *Il dibattito attuale sulla fondazione etica in bioetica,* «Medicina e Morale», 1992, 5, 847-870.

PARLAMENTO EUROPEO, *Resolución (doc. A0327/88) sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética,* 16 de marzo de 1990.
PASTORE B., *Forme di utilitarismo,* «Per la Filosofía. Filosofia e Insegnamento», 1991 23, 19-26.

---

[83]

PELLEGRINO E.D., *A philosophical sources of medical morality,* «Journal of Medicine ad Philosophy*, 1979, 4 (1), 1-7.

——,, *The caring ethics: the relationship of physician to patient,* en BISHOP A.H.,
SCUDDER J.R. (eds.), *Caring, curing, coping: nurse-physician-patient relationships,* The University of Alabama Press, Alabama 1985, 8-30.

——,*Philosophical groundings for treating patient as a person: a commentary on Alasdair Maclntyre,* en CASSELL E.J., SIEGLER M. (coord.), *Changing values in medicine,* University Publications of America, Frederick (MD) 1985, 97-104.

——, *The virtuous physician, and the ethics of medicine,* en SHELP E.E. (coord.), *Virtue and medicine. Explorations in the character of medicine* Reidel, Dordrecht 1985,237-255.

——, *Professional ethics: moral decline or paradigm shift?* «Religion and Intellectual Life», 1987, 4 (3), 21-45.

——, *Altruism vs. self-interest: ethical models for medical professions* «NYU Physicians», 1988, 45 (1), 41-43.

——, *Character, virtue, and self-interest in the ethics of the professions,* «The Journal of Contemporary Health Law and Policy», 1989, 5, 53-73.

——, *Trust and distrust in professional ethics,* en PELLEGRINO E.D., VEATCH R.M., LANGAN J. (coord.), *Ethics, trust, and the professions: philosophical and cultural aspects,* Georgetown University Press, Washington D.C. 1991, pp. 69-89.

——, THOMASMA D.C, *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care,* Oxford Univeresity Press, Nueva York 1988.

PIZZUTI G.M. (coord.), *Pluralismo etico e normatività della bioetica,* Actas de la I[a] Jornada de Bioética (Potenza, 29-30 de abril de 1992), «Quaderni di bioetica», Pubblicazioni dell'Osservatorio di Bìoetica, Ermes, Potenza 1992.

POPPER K., *Conoscenze oggettive. Un punto di vista evoluzionistico,* Armando, Roma 1983.

——, *Logica della scoperta scientifica,* Einaudi, Turin 1983.

——, ECCLES J., *Elyo y su cerebro,* Labor, Barcelona.

POSSENTI V., *Dibattito sulla bioetica,* "Vita e Pensiero", 1990, 2, 141-147.

——, *Le società liberali al bivio. Lineamenti di filosofia della società,* Marietti, Genova 1991.

POTTER V.R., *Bioethics: bridge to the future,* Prentice Hall, Englewood Cliffs 1971.

PRIVITERA S., *Sulla fenomenologia della prassi etico-scientifica,* «Rivista di teologia morale», 1988, 2, 77-98.

——*, Etica descrittiva,* en PRIVITERA S., COMPAGNONI F., PIANA G. (coord.), *Nuovo Dizionario di teologia morale,* Paoline, Milàn 1990, pp. 354-358.

PRODOMO R., *Per un dibattito sulla bioetica,* «Criterio», 1986, 3, 216-226.

QUINZIO S., *Perchè la tolleranza non basta,* «Biblioteca della Libertà», 1987, 99, 77-81.

RAWLS J., *A theory of justice,* The Pelknap Press, Cambridge (Mass.) 1971.

---

[84]

REALE G. ANTISERI D., *Il pensiero occidentale dalle origini ad oggi,* 3 vols. La Scuola, Brescia 1983.

REMOTTI F., *La tolleranza verso i costumi* en VIANO C.A. (coord.), *Teorie etiche contemporanee,* Boringhieri, Turin 1990, pp. 165-185.

Ross D., *The right and the good,* Oxford University Press, Oxford 1930.

——*, Foundations ofethics.* The Clarendon Press, Oxford 1939.

SCARPELLI U., *Etica senza verità,* Il Mulino, Bolonia 1982.

——,„ *La bioetica. Alla ricerca dei principi,* «Biblioteca della Libertà», 1987, 99, 7-32.

SCHOOYANS M., *La derive totalitaire du libéralisme,* Paris 1991.

SERRA A., *Interrogativi etici dell'ingegneria genetica,* «Medicina e Morale», 1984, 3, 306-321.

——, NERI G. (coord.), *Nuova genetica. Uomo e società,* Vita e Pensiero, Milán 1990.

——, SGRECCIA E., Dì PIETRO M.L., *Nuova genetica ed embriopoiesì umana,* Vita e Pensiero, Milán 1990.

SERRES M., prologo al libro de TESTART J., *L'oeuf transparent,* Flammarion, Paris 1986.

SGRECCIA E., *Il progresso scientifico tecnologico di fronte all'etica,* «Medicina e Morale», 1983, 4, 335-342.

——*, Scienza, medicina, etica* en el voi. de SERRA A., NERI G. (coord.), *Nuova genetica, uomo e società,* Milán 1987, pp. 7-11.

——*, Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica,* Vita e Pensiero, Milán 1991 (2[a]edic, 1988).

——,*,Problemi dell'insegnamento della bioetica,* «Giornale Italiano per la Formazione Permanente del medico», 1987, xv, 104-117.

——*, La risposta nella trascendenza,* en JACOBELLI J. (coord.), *Scienza ed etica: qualilimiti?,* Laterza, Roma 1990, pp. 163-173.

——*,Storia della bioetica e sua giustificazione epistemologica,* Actas de la Reunión e Historia de la Medicina en la Sociedad y en la Cultura Contemporánea, Frascati 21-30 de junio de 1990, en prensa.

——, *Cualidad de la vida y defensa de la vida,* Ponencia presentada en el I Congreso de los Movimientos pro-Vida de América Latina (Monterrey, N.L., abril de 1992), en prensa.
——, MELE V. (coord.), *Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo,* Vita e Pensiero, Milán 1991.
SIDWICK H., *The methods ofethics,* MacMillan, Londres 1963.
SINGER P., *Practical ethics,* Cambridge University Press, Cambridge 1979.
SMART J.J., WILLIAMS B. (eds.), *Utilitarianism far and against,* Cambridge University Press, Cambridge 1973.
SPINSANTI S. (coord.), *Documenti di deontologia e etica medica,* Paoline, Milán 1985.
STEVENSON C.L., *Ethics and language,* Yale University Press, New Haven 1944.

---

[85]

TETTAMANZI D., *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990.
TOMÁS DE AQUINO (SANTO), *Summa Theologiae,* 1, i-n, q. 55, a. 7 ad 3, Biblioteca de Autores Cristianos, EDICA, Madrid.
USA PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL RESEARCH, *Summing up. Final report on studies of ethical and legal problems in medicine and biomedical and behavioral research,* U.S. Gov. Print Office, Washington D.C. 1983.
VACCARINI I., *Cultura dominante e crisi esistenziale,* «Aggiornamenti sociali», 1989, 1, 13-28.
VANNI ROVIGHI S., *Elementi di filosofia,* 3 vols., La Scuola, Brescia 1963.
VEATCH R.M., *Medical ethics,* Jones and Burlett, Boston 1981.
VEDRINNE J., *Ethique et professions de sante,* «Médecine et Hygiène», 1984, 11, 1171-1173.
VIAFORA C. (coord.), *Vent'anni di bioetica,* Gregoriana, Padua 1990.
VIANO C.A. (coord.), *Teorie etiche contemporanee,* Boringhieri, Turin 1990.
VIDAL M., *Etica de la actividad científico-técnica,* «Moralia», 1983, 4, 419-443.
VILLA L., *Medicina oggi: aspetti di ordine scientifico, filosofico, etico-sociale,* Piccin, Padua 1980.
VOORZANGER B., *No norms and no nature. The normal relevance of evolutionary biology,* «biology and Philosophy», 1987, 2, 569-570.
WALTERS L., *Religion and the renaissance of medical ethics in USA, 1965-1975,* en SHELP E.E. (coord.), *Theology and bioethics,* Reidel, Dordrecht 1985.
WHSON E.O., *Sociobiology. The new synthesis,* The President and fellows of Harvard College, Harvard 1975.
WOJTYLA K., *I fondamenti dell'ordine etico,* CSEO, Bolonia 1980.
ZECCHINATO P., *Giustificare la morale,* Verifiche, Trento 1990.

——, *// punto archimedeo, ragione ed etica nella filosofia italiana del '45 ad oggi,* Luviana, Padua 1986.

[87]

CAPÍTULO 3

La vicia: sus f orinas, su origen y sentido

La vida y sus formas

Para comprender los temas que estamos abordando en este Manual de Bioética, sería necesario todo un tratado filosófico preliminar sobre qué es la vida, en general, y qué es la vida humana en particular. Desde la percepción y comprensión de la realidad cósmica, habría que ir centrando gradualmente la atención en la vida; y desde las diversas formas como se ha expandido la vida en el mundo, volver a ascender a la consideración de la vida del hombre. El ser, la vida y el hombre[105], son las esferas de la realidad implicadas en el razonamiento.

En segundo lugar, se debería examinar el peso específico y el sentido de otras nociones como la ética, o ciencia de los valores, y ¡a ética aplicada a la ciencia y a la práctica biomédica.

Como no podemos profundizar en este doble enfoque, de carácter preliminar y de carácter filosófico, por las exigencias mismas de este manual, nos habremos de contentar con recordar simplemente los conceptos y las nociones fundamentales.

La primera distinción que surca la realidad cósmica, en el sentido cualitativo y esencial, es la que se establece entre los seres vivos y los no vivos. la característica de lo vivo, desde el punto de vista filosófico, está constituida por el hecho de que lo vivo es capaz de una actividad que parte del sujeto viviente y tiende a perfeccionar al sujeto mismo: vida es capacidad de acción inmanente. Pasando por alto el analizar las características físicas, químicas y bioquímicas del ser vivo, examinemos el problema desde el punto de vista filosófico. El salto cualitativo e irreducible del fenómeno «vida» está constituido, pues, por la capacidad real de un ser de ser ¡a causa y el fin de su propia acción: esto significa justamente la expresión «acción inmanente». En el primer grado de la vida, la vegetativa, esta acción

---

[88]

inmanente constituye una triple capacidad: de nutrición, de crecimiento y de reproducción.

Contra el mecanicismo, que entre el ser viviente y el que no lo es advierte sólo una diferencia de grado y de complejidad, el vitalismo ve en el ser vivo una diferencia cualitativa y sustancial. Con ello no se pretende negar que en el ser vivo se den procesos e intercambios físico-químicos,

---

[105] GEVAERT J., El problema del hombre, Sigúeme, Salamanca 1991; VANNI ROVIGHI S., L'antropología filosófica di S. Tommaso d'Aquino, Milán 1965; AA. VV., La filosofía dell'uomo, Actas del Congreso de la Federación Universitaria Católica Italiana, Roma 1961; MARITAIN J., Cuatro ensayos sobre el espíritu en su condición carnal, Club de Lectores, Buenos Aires 1980: MOUNIER E., El personalismo, Buho, Bogotá 1984.

ni entender tampoco que junto a éstos se coloque como un estrato superior y paralelo una entidad superior llamada «alma» (vegetativa, sensitiva, intelectiva).

El vitalismo —o mejor dicho, la teoría del organicismo, como se prefiere decir—afirma que en el ser vivo los intercambios y procesos bioquímicos están presididos, informados y guiados por un nuevo principio unificador, mediante el cual el todo regula y determina a las partes y sus funciones.

El ser viviente, pues, tiene su propia unidad sustancial específica. El organismo vivo se puede considerar como un enorme laboratorio químico en miniatura en el que se llevan a cabo innumerables reacciones sumamente complejas, tendiendo todas a un mismo fin: la sustentación del individuo[106]. Este principio unificador es el alma del ser vivo.

Refiriéndonos brevemente a los llamados tres reinos de la vida —vida vegetativa, vida sensitiva y vida intelectiva— la distinción se establece, desde el punto de vista filosófico, con base en dos criterios: la autonomía del ser vivo y la superioridad de lo vivo sobre el mundo no viviente. El nivel de autonomía y el nivel de superioridad marcan a los tres reinos.

En el reino vegetal, tanto la finalidad del actuar inmanente como la forma de esta acción resultan estar determinadas y no son opcionales.

El ser vivo animal, mediante la vida cognoscitiva-sensorial, escoge la forma de actuar con base en la forma cognoscitiva (alimentarse con hierba o huir del hombre, por parte de la liebre).

—- El hombre, por su parte, no sólo elige la ejecución y la forma de actuar, sino también el fin; la finalidad por la que se actúa se elige mediante la vida libre e intelectiva. Esta opción involucra a la ética, desde el momento en que es libre. La vida vegetativa, la sensitiva y la intelectiva revelan, por tanto, diferentes niveles de superioridad y no sólo de grado entre sí.

---

[89]

El origen de la vida

En un libro de Bioética como éste, no es nuestra intención replantear íntegramente el razonamiento antropológico acerca del origen de la vida humana y sobre la historia de las diversas formas de la cultura humana, sino recordar simplemente aquellos puntos esenciales del

[106] Para profundizar en la problemática de este capítulo, remitimos a: MARCOZZI V., La vita e l'uomo, Milán 1946; L'uomo nello spazio e nel tempo, Milán 1953; Le origini dell'uomo. L'evoluzione oggi, Milán 1972; GRASSE P.P., L'evoluzione del vivente, Milán 1979; PASTORI G., Le leggi della ereditarietà biologica, Brescia 1958; Qu'est ce que la vie?, Semana de los Intelectuales Católicos, París 1958.

En cuanto a la dimensión filosófica de estos problemas, véase: VANNI ROVIGHI S., Elementi di filosofia, in, Brescia 1982, pp. 73-104; GEVAERT J., ¡1 problema dell'uomo, pp. 91-114; LOMBARDI VALLAURI L., Le culture riduzionistiche nei confronti della vita, en AA. VV., // valore della vita, Milán 1985, pp. 41-74; FACCHINI F., // cammino dell'evoluzione umana, Milán 1985.

problema antropológico que están vinculados o, en todo caso, son objeto de debate al determinar el valor de la vida humana.

En esta perspectiva, hay que recordar que el problema del cómo surgió la vida misma y cómo se organizó en sus usos y costumbres, no se identifica con el problema de su valor ni con la cuestión de su porqué, esto es, de su fin. La biología y la etnología nos describen únicamente ese cómo, mientras que la filosofía plantea el interrogante del porqué, es decir del fin y del valor.

En el ámbito de la ética —más concretamente, de la ética normativa— tiene una importancia decisiva establecer si el elemento biológico de la vida humana, en su origen y composición, constituye a todo el hombre, o si, precisamente porque ese elemento está inscrito y es connatural a algo superior (su espíritu, sus fines), adquiere una nueva dimensión y no ha de ser evaluado sólo en sí mismo y en los nuevos confines materiales, sino que ha de ser leído, interpretado y trascendido en su significado global.

Esta lectura de la realidad humana tiene, como acabamos de decir, una importancia decisiva y fundamental en todos los problemas de la bioética: el cirujano que hace una incisión en un órgano o en una parte del organismo, deberá conocer bien la anatomía, la fisiología y la patología de ese órgano; pero deberá saber que, hablando con propiedad, está actuando sobre una persona humana, a la cual deberá valorar como tal, cuyo consentimiento habrá de obtener para realizar esa intervención, y ante la cual deberá sentirse responsable.

La procreación humana, que da origen a un nuevo individuo, se podrá describir como un proceso biológico, en el que la anatomía y la fisiología del organismo sexual expresan toda su causalidad, porque participa en ella todo el organismo de los dos sexos con la riqueza vital que acumula los recursos bioquímicos, neurológicos, endocrinos, etcétera; pero se habrá de valorar también como un acto interpersonal, del cual forman parte el afecto, la libertad, la responsabilidad, la comunión de personas... Y los ejemplos se podrían multiplicar en toda la extensión y todas las aplicaciones de la bioética.

La bioética no deberá limitarse a la descripción del comportamiento, del cómo, ni configurarse como preceptos deducidos de principios abstractos, sino que deberá constituirse como una «lectura» significativa que revalore la globalidad de los hechos vitales y de las intervenciones sobre la vida del hombre, a la luz de todos sus valores.

---

[90]

No se haría una lectura válida de una obra de arte, por ejemplo de un cuadro de Rafael, si nos limitáramos a decir qué tipo de tela utilizó, cuál es la composición química de los colores, cuándo lo pintó y cuánto le pagaron por él; habrá que preguntarse qué quiso expresar con todo ello y cómo logró hacerlo, así como por qué el cuadro resulta una obra de arte creativa y no simplemente gráfica.

Tenemos que poner esta premisa como ejemplo antes de abordar la cuestión del origen de la vida en general y de la vida humana en particular, porque no ha faltado quien en nombre de la supuesta «generación espontánea» o «casual» de la vida (el problema del «cómo»), niegue su especificidad, su valor de superioridad respecto de la realidad inorgánica; ni falta tampoco quien, en nombre de la hipótesis del transformismo y del evolucionismo de las especies de los seres vivos, pretenda reducir las diferencias ontológicas y cualitativas existentes entre las diversas especies. La descripción de los elementos constitutivos materiales de la vida no agota la respuesta al problema del porqué, de la causa y de la finalidad, del valor de cada una de las formas vitales en particular. El eliminar o erradicar el razonamiento metafísico y ético del razonamiento biológico y ontológico implicaría, en definitiva, la reducción artificial de la comprensión de la riqueza de la realidad vital.

Pero, de todos modos, consideramos necesario resumir y repasar los términos de la problemática sobre el origen de la vida, antes de abordar el razonamiento sobre su valor.

A favor y en contra de! **evolucionismo**

Este problema está aún lejos de haberse resuelto, y en sí es y seguirá siendo un problema científico si se considera en los términos en que se-suele plantear, esto es, en el sentido de la búsqueda de la causalidad inmediata y de la génesis física y material de la vida. Pero esta incertidumbre no afecta al problema filosófico y metafísico concerniente al valor de la vida.

Redi en el siglo XVII, y Spallanzani en el siglo XVIII, demostraron que en los gusanos, los insectos y los infusorios no se da la generación espontánea; en el siglo XIX, Pasteur demostró que tampoco las bacterias se generan espontáneamente. Asimismo, no es posible establecer en la actualidad que los ultravirus —si es que existen y si son seres vivos— se producen por generación espontánea. Pero es que aunque se comprobara la generación espontánea, tal hecho no afectaría a la posición de quien piensa, mediante un razonamiento filosófico y metafísico, que la vida representa un hecho cualitativamente «novedoso» en el plano del ser y de la realidad cósmica. En otras palabras, el vitalismo no estaría en contradicción con la teoría de la generación espontánea: siempre quedaría pendiente explicar por qué en un cierto momento de la materia inorgánica, espontáneamente, por

---

[91]

medio de contactos complejos y de múltiples reacciones, se organizó la vida como fenómeno típico y característico. Y cuando decimos «por qué», queremos entender tanto la primera y remota causa eficiente cuanto la causa final y última de la vida, y de la humana en particular. La

misma observación puede hacerse respecto de la teoría del transformismo o evolución de las especies.

Como se sabe, la hipótesis que hoy prevalece es la del transformismo, o teoría de ¡a evolución, según la cual las especies vivas se derivan unas de otras, las más complejas de las menos complejas, por transformación o evolución natural. Esta teoría se opone a otra más antigua llamada fixismo, según la cual las especies que existen actualmente son las mismas que existían en el origen del mundo; a Linneo se atribuye esta frase: Tot numeramus species quot primum creavit Infinitum Ens (contamos tantas especies cuantas al principio creó el Ser Infinito)[107].

Al paso de los siglos se fueron desarrollando diversas teorías transformistas o evolucionistas. Una primera formulación la hizo J. B. Lamark en su libro Philo-sophie Zoologique (1809), que basaba su teoría en sendos principios, a saber: que las transformaciones de las especies son inducidas por la adaptación al ambiente debido al uso o desuso de ciertos órganos, y que las transformaciones inducidas en los individuos son transmitidas por generación cuando son comunes a los dos sexos.

Charles Darwin, en su obra El origen de las especies de 1859, basa su teoría de la evolución en el principio de la lucha por la vida y de la selección natural: la lucha se entablaría dentro de las especies entre diversos individuos y, por eso, las mutaciones se deberían a la causalidad, por el hecho de que el individuo más adaptado se afirma y se multiplica, mientras que el menos adaptado desaparece junto con sus características.

El neodarwinismo[108] se aparta de las teorías de Lamark y de Darwin, y centra su atención en la variedad que se observa en diversos individuos de una misma especie, rechazando la influencia del ambiente en la modificación de los caracteres hereditarios. Las causas de las variaciones habría que buscarlas en el llamado germoplasma.

El primero en aducir argumentos en este sentido fue August Wiesemann (1817-1914), que hizo el conocido experimento de cortarles la cola a unos ratones durante varias generaciones sin obtener nunca ratones sin cola o de cola corta. Defendió su teoría en el libro Ensayo sobre la herencia **y** sobre cuestiones biológicas conexas (1892). Por consiguiente, los caracteres hereditarios deben ser rastreados en la reproducción de los individuos y en su germoplasma.

---

[92]

También neodarwinista fue Hugo De Vries (1848-1935), el cual estudió la planta ornamental Oenothera Lamarkiana y observó la variedad normal y la aparición de la variedad de individuos gigantes de

[107] VANNI ROVIGHI S., Elementi di filosofía, III, p. 94.
[108] REALE, ANTISERI, *//* pensiero occídentale..., ra, p. 717; MORCHIO R., La biología nel XX secólo, en AGAZZI E. (coord.), Storia delle scienze, II, Roma 1984, p. 367.

esta planta. Concluyó que en la transmisión de los caracteres hereditarios podía aparecer un cierto porcentaje (1-2 por ciento) de individuos no normales. Formuló, así, la teoría de la evolución por saltos o «mutaciones»: cada especie experimenta en un cierto momento, en determinadas condiciones no identificadas todavía, mutaciones bruscas y da origen a individuos con características nuevas.

Al no conocerse, sin embargo, las razones que determinan estas variaciones bruscas, será una nueva ciencia la que intente resolver el enigma: la genética.

La genética, como todos sabemos, nace con Mendel, quien en 1865 había descubierto las leyes que la presiden, al experimentar en plantas de chícharos o guisantes: cruzando chícharos de diferente altura formuló la ley de la segregación; y con el cruce de plantas que diferían por características diversas, formuló la ley de la independencia. Tales experimentos le llevaron a concluir que en el momento de la fertilización se advertían caracteres dominantes y caracteres recesivos y, además, que debían de existir elementa que, desdoblándose, se recombinaban según las diferentes posibilidades del cálculo combinatorio. En aquel entonces sus descubrimientos no recibieron del mundo científico la atención que merecían. Sería el alemán Walter Flamming (1843-1905) el que, usando una sustancia colorante llamada «cromatina», detectó o volvió a descubrir los cromosomas que se encuentran en las células de las diversas especies en un número fijo, unidos por pares, y quien descubrió también que en las células germinales, o gametos, ese patrimonio genético era la mitad en cada célula. Los resultados a los que llegó se publicaron en 1882.

El belga Edward van Beneden (1846-1910), continuando las investigaciones sobre la mosca del vinagre, la Drosophila, que tiene ocho cromosomas, descubrió que en las células sexuales ese patrimonio era la mitad para cada uno de los gametos. Mientras tanto, en 1902 el citólogo estadounidense Walter S. Sutton (1876-1916) reivindicaba a Mendel, confirmando sus famosas leyes a la luz del descubrimiento de los cromosomas. En cada par de cromosomas de un nuevo organismo, un cromosoma procede del padre a través del espermatozoide y el otro de la madre a través del óvulo. En el encuentro y combinación de los cromosomas cada generación tiende a sacar a la luz los caracteres recesivos silenciados por un carácter dominante. Las combinaciones nuevas, pues, producen cada vez más variaciones que serán luego aprovechadas por la selección natural.

Otro paso adelante lo dio la genética cuando el zoólogo estadounidense Thomas Hunt Morgan (1866-1945) descubrió los genes, al advertir que en los cromosomas (localizados en el núcleo de la célula) se encuentran partículas ordenadas, tan grandes como una gruesa molécula de proteína, las cuales constituyen el

---

[93]

patrimonio hereditario del individuo. Dichos genes son capaces de reproducirse manteniendo su propia individualidad e independencia respecto de los otros genes; son responsables asimismo de los caracteres específicos del individuo y pueden recombinarse de todas las maneras posibles. Este investigador experimentó en la Drosophia melanogaster, que tiene cuatro pares de cromosomas y se reproduce en doce días.

En 1927, Joseph Müller, un alumno de Morgan Hermann, hizo un descubrimiento sensacional: bombardeando con rayos X los gametos de animales y plantas, se obtenían mutaciones. Estas mutaciones pueden ser génicas, cromosómicas o genómicas, según los elementos implicados en la mutación. Las variaciones genómicas se refieren a una posibilidad extrema, la de que varíe el número mismo de cromosomas.

En ese momento se reforzó la teoría de la evolución en dos puntos centrales: la posibilidad de la generación espontánea y la de la evolución de las formas y especies de vida.

Un argumento adicional en favor del origen espontáneo de la vida lo constituyeron los experimentos llevados a cabo por S. Miller (1953-1957) quien llegó a experimentar en la formación de compuestos orgánicos tan complejos como los aminoácidos, que son las moléculas fundamentales del protoplasma. Estos experimentos no se consideran suficientes para comprobar la generación espontánea y, por tanto, el problema sigue planteado. Mientras tanto, una luz nueva vino a aclarar el mecanismo de transmisión de los caracteres hereditarios, al descubrirse el DNA constitutivo de los genes (ácido desoxirribonucleico).

Las macromoléculas de DNA son polímeros formados por residuos de ácido fosfórico, por un azúcar (desoxirribosa) y por bases nitrogenadas de adenina, guanina, citosina y timina. El descubrimiento lo realizó O. T. Avery en 1944, en Nueva York. Alrededor de los años cincuenta, L. Pauling ilustró la estructura de las moléculas de DNA como una doble hélice, estudios que perfeccionaron en Cambridge F. Crick y J. Watson.

A continuación se descubrió otro tipo de ácido nucleico, el ácido ribonucleico (RNA), que varía un tanto del DNA por su composición química: la estructura parece ser de un solo filamento y su función consistiría en activar el mecanismo de transmisión genética.

Llegando a este punto, la biología molecular estudiará los mecanismos de formación de las enzimas y de la secuencia de los aminoácidos en las proteínas, según la combinación de las bases del DNA. En 1955 el español Severo Ochoa logró sintetizar in vitro el RNA y en 1956 A. Koruberg obtuvo, también in vitro, el DNA. En 1961 F. Jacob y J. Monod demostraron la existencia del RNA mensajero sintetizándolo a la manera del DNA, resultando como una especie de cinta que contiene la secuencia proteínica escrita en un código de tripletes. Con las aportaciones

[94]
de M. W. Nuremberg y J. N. Matthei, en los años sesenta se logró determinar los diversos tipos de RNA (ribosómico [rRNA], mensajero [mRNA] y soluble o de transferencia tRNA)), haciéndose más evidente la secuencia

DNA — RNA — proteínas
transcripción + traducción

Estos descubrimientos sobre el código genético indujeron a los científicos a dar una interpretación mecanicista de los fenómenos del origen de la vida, con una única explicación válida desde las formas ínfimas de vida, como los virus **y** las bacterias, hasta los organismos superiores y el hombre. La teoría reduccionista recibía así un fuerte impulso; mientras que el descubrimiento de las mutaciones a las que ya nos hemos referido, daba un notable apoyo al evolucionismo. Asimismo, el reciente descubrimiento del llamado «segundo código genético», que publicaron en mayo de 1988 en la revista inglesa Nature dos investigadores del Massachusetts Institute of Technology (MIT) de Boston, P. Schimmel y Ya-Ming Hou, podría ser leído en esta misma dirección. Como se sabe, este segundo código genético aclara una fase importante en el proceso de síntesis de ¡as proteínas en el interior de la célula, permitiendo descifrar las modalidades de transmisión de las instrucciones para el tRNA, las cuales especifican qué aminoácido debe ser ligado y, por consiguiente, transportado al lugar de síntesis. Semejante sistema lógico es utilizado por todas las formas de vida y, según los mismos investigadores, cuanto más se avance en descifrar ese código, más se lograrán conocer los mecanismos de la evolución de las especies.

Llegados a este punto, hay que hacer notar la progresiva reducción del significado intrínseco de las diversas formas de la vida a medida que tal explicación se concibe de modo cada vez más elemental en cuanto a sus mecanismos, y a medida que se pone entre paréntesis el finalismo que permea la riqueza cada vez más alta y vasta de las mismas formas de vida. De tal manera que se produce una especie de ampliación epistemológica que abarca a la biología y la antropología: a medida que tienden hacia abajo las explicaciones mecanicistas, se hace cada vez más necesaria la perspectiva filosófica y finalista para leer toda la realidad vital.

Estas teorías evolucionistas surgidas en el terreno científico se vieron favorecidas por concepciones filosóficas más generales, que encontraron a su vez apoyo en las corrientes del idealismo y del materialismo dialéctico, basadas en el concepto de la dialéctica de la realidad, y también en una cierta corriente de la filosofía espiritualista como la de Bergson.

Más recientemente, hay que recordar el punto de vista de Teilhard de Chardin (1881-1955) y de K. R. Popper (nacido en 1902). El primero ofrece una visión creacionista y cristocéntrica de la evolución, segunda cual, a partir de la creación

---

[95]

el plan evolutivo del cosmos tiende a la aparición del hombre (hominización); sin embargo, la historia evolutiva del hombre se inserta en el plan divino de la redención porque está ideológicamente centrada y proyectada hacia Cristo, punto omega de la humanidad. Para confirmarlo, el padre Teilhard se apoyaba también en argumentos paleontológicos.

K. R. Popper, por su parte, formula la hipótesis de la evolución emergente o creativa. Y explica así su teoría: parte de la premisa de que

«la materia resulta como energía altamente concentrada, transformable en otras formas de energía y, por tanto, como en proceso, desde el momento en que puede ser convertida en otros procesos como la luz y, obviamente, el movimiento y el calor». Por lo cual llega a afirmar: «Parece que en la evolución del universo se dieron por lo menos los siguientes estadios, algunos de los cuales producen cosas como propiedades totalmente imprevisibles y emergentes: la producción de los elementos más pesados (incluidos los isótopos) y la aparición de cristales; la emergencia de la vida; la emergencia de la sensibilidad; la aparición (junto con el lenguaje humano) de la propia conciencia y de la muerte (o incluso de la corteza cerebral humana); la aparición del lenguaje humano y de las teorías sobre el yo y sobre la muerte; la emergencia de productos de la mente humana como los mitos explicativos, las teorías científicas o las obras de arte»[109].

Popper acepta de algún modo las ideas de otro evolucionista reciente, J. Monod, premio Nobel de Biología (1910-1976), quien, en su libro El azar y Ja necesidad, afirma el carácter imprevisible de la aparición de la vida sobre la tierra, así como el carácter imprevisible de las diversas especies y, sobre todo, de nuestra especie humana: «antes de que apareciéramos éramos imprevisibles».[110]

Aparte de los argumentos filosóficos, las teorías evolucionistas se apoyan en argumentaciones de varios tipos:

a) La paleontología comprueba que: 1. las diversas especies no aparecieron al mismo tiempo, sino que antes lo hicieron los seres vivos menos complejos, luego los más complejos y, por último, apareció el hombre entre los mamíferos; 2. las especies actuales revelan diferencias respecto de las ya desaparecidas, aunque pertenecieran al mismo orden y grado; 3. las diferencias entre las especies desaparecidas en periodos

---

[109] **POPPER**, **ECCLES**, L'io e il suo cervello, il, p. 28.

[110] **MONOD** J., Le hasard et la nécessité, París 1970, p. 34.

sucesivos son diferencias tan mínimas como para poder pensar en transformaciones lentas; 4. se han encontrado fósiles pertenecientes a especies intermedias (Archeopurix) e individuos que parecen haber jugado el papel de «eslabones de conjunción» entre una y otra especie.

---

[96]
b)La comparación entre diversos ambientes geográficos donde se desarrollaron las diferentes especies de diverso modo; esta comparación se hizo entre unas cien especies de fauna marina del Pacífico y del Atlántico, al este y al oeste del istmo de Panamá, accidente geográfico que no existía antes del periodo denominado mioceno; estas especies revelan una variedad por pares, lo que hace pensar que antes del mioceno hubo una única especie y que en ambientes diversos experimentaron una evolución diferente.
c) La morfología de las diversas especies revela que a nivel anatómico y fisiológico existe como un único esquema de organización vital que gradualmente se va modulando; como ejemplo macroscópico se aduce la analogía de los órganos (la mano del hombre tiene una estructura fundamentalmente análoga a la pata delantera del mono, etcétera).
d) También la embriología aporta argumentos a favor. Mientras ciertas diferencias en los órganos de individuos de especies diferentes parecen grandes e irreducibles si se comparan en los individuos adultos, si se parangonan los embriones de las respectivas especies tales diferencias resultan mínimas: en el embrión del mamífero se encuentra el esbozo de las branquias del pez.
Este hecho indujo a formular la hipótesis de la biogenética que reza: la í ontogénesis es una repetición de la filogénesis, es decir, la formación del individuo en su estadio embrional repetiría la formación de la especie[111].

Como ya hemos visto, también en el campo de la genética se pueden encontrar argumentos en favor del evolucionismo, sobre todo al descubrirse las «mutaciones» que se pueden producir mediante radiaciones especiales, y ante las amplias combinaciones posibles que se vislumbran en las leyes de la transmisión genética.

Hemos de registrar, ante todo, que estos argumentos han recibido fuertes críticas en el campo científico, críticas de peso igualmente considerable respecto de las pruebas aportadas como meras conjeturas. Pero no tenemos espacio para extendernos en referirlas ni analizarlas.

---

[111] HAECKEL E., Zellseelen und Seelenzellen, «Deutsche Rundschau», 1978, xvi, julio-septiembre, pp. 40-59.

Algunos paleontólogos serios han puntualizado en estudios recientes que ciertos órdenes, clases y variedades de una misma especie existieron a veces en un mismo periodo de tiempo, y que ciertas formas primigenias existieron sólo en la imaginación de los autores que formularon tales teorías[112]. Mientras que los argumentos

---

[97]
extraídos de la distribución geográfica parecen válidos dentro de un límite de variación muy restringido.

Los argumentos procedentes de la morfología y la fisiología de los órganos son refutados por una observación más precisa y completa, siempre que no se limite a la observación exterior de cada uno de los fragmentos o huellas de órganos. La unidad del plan organizador de la vida puede comprobar, como máximo, la existencia de una continuidad jerárquica en la naturaleza viviente y no ya una derivación de una a otra especie[113].

Pero son precisamente los genetistas los que plantean las mayores objeciones al evolucionismo, y lo hacen en nombre de la determinación del código genético o del número de cromosomas, bien prefijado en cada especie[114].

La hipótesis de la «mutación genética» imprevista debería ser corroborada por la comprobación precisa de las condiciones físicas o ambientales que pudieron producirla. Sin embargo, como hipótesis científica, el evolucionismo sigue siendo un problema abierto a la discusión y a la investigación científica, lo cual sin embargo no autoriza a que en el plano filosófico se aduzca esta teoría para excluir el problema de la causa primera, del valor y del fin último; más aún, la evolución podría subrayar el problema filosófico del «porqué» de este proceso y del valor de su punto culminante, la aparición del hombre en el universo.

Contra el reduccionismo

En la discusión a favor o en contra del evolucionismo, hay que evitar llevar a cabo una doble forma de reduccionismo de tipo filosofico-epistemologico: el reduccionismo de quien opone la teoría evolucionista no ya al «fixismo» (oposición que se puede proponer legítimamente en el plano científico), sino al «creacionismo», haciendo que la teoría científica sobre el origen de los seres vivos se convierta en una filosofía del devenir en sentido materialista y determinista, terminando por negar la

---

[112] Véase PASTORI G., // centenario deWopera di C. Darwin: «L'origine deHa specie per selezione naturale», «Pedagogía e vita», XXI (1959-60), pp. 24-40 y 99-110.
[113] VANNI ROVIGHI S., Elementi di filosofia, m, p. 98.
[114] Para la crítica del evolucionismo, véase SERMONTI G., FONDI R., Dopo Darwin. Critica all'evoluzione, Milán 1960; MARCOZZI V., «Sorella scimmia» e controversie evoluzionistiche, «La Civiltà Cattolica», 1985, I, pp. 134-145; 1D., Però l'uomo è diverso, Milán 1981.

causa primera y la diferencia ontològica entre las diversas formas de vida, incluida la humana.

La otra acción reduccionista, vinculada a la anterior, consiste en explicar lo complejo a partir de lo más elemental, reduciendo la antropología, la sociología y la psicología, a la biología; la biología, a la química; la química, a la física, etcétera, hasta llegar a lo «desconocido» constituido por partículas subelementales, destruyendo así los valores propios de cada nivel.

---

[98]

A este propósito, parece oportuno recordar las observaciones, en este punto inobjetables, de K. R. Popper. Este autor ordena los estadios de la evolución cósmica según este esquema:

Mundo 3 (los productos de la mente humana)
6. Obras artísticas y científicas (incluida la tecnología)
5. El lenguaje humano. Teorías del yo y de la muerte
Mundo 2 (el mundo de las experiencias subjetivas)
4. Conciencia de sí y de la muerte.
3. Sensibilidad (conciencia animal)
Mundo 1 (el mundo de los objetos físicos)
2. organismos vivos
1**.** Los elementos más pesados; maderas y cristales
0. Hidrógeno y helio.

El reduccionismo pretende explicar lo que ocurre en los niveles superiores mediante lo que acontece en los niveles inferiores: lo que pasa en un todo es explicado por lo que ocurre en sus partes, según el principio de «causalidad hacia arriba». Pero Popper argumenta:

«Esta idea reduccionista es interesante; pero siempre que seamos capaces de explicar entidades y acontecimientos de un nivel superior mediante los de un nivel inferior, podremos hablar entonces de un gran éxito científico y-decir que hemos ampliado grandemente el conocimiento del nivel superior. El evolucionismo es importante no sólo como programa de investigación, sino también en cuanto que forma parte de la ciencia misma, cuyo objetivo es el de explicar y comprender»[115].

No obstante, el mismo autor afirma que existe también una «causalidad hacia abajo», como él la llama, por la cual existe igualmente una influencia del todo, como estructura, en cada una de las partes; y pone diversos ejemplos, como el de las estrellas en las que la masa ejerce una presión gravitacional sobre las partículas elementales de la zona central, dando por resultado que algunos núcleos atómicos se fundan y formen núcleos de elementos más pesados; o como este otro:

[115] **POPPER, ECCLES, L´io e il suo cervello,** p. **30**

«Un animal puede sobrevivir a la muerte de muchas de sus células y a la extirpación de algún órgano como una pata (con la muerte consiguiente de las células que constituyen el órgano); pero la muerte del animal lleva muy pronto a la muerte de sus partes constitutivas, incluidas las células». Y concluye: «Creo que estos ejemplos evidencian la existencia de la causalidad hacia abajo y hacen

---

[99]
también problemático por lo menos el éxito total de cualquier programa reduccionista»[116].

Por consiguiente, reducir la antropología a la biología, la biología a la química y la química a la física, puede resultar un programa útil de investigación sectorial, pero no representa un esquema de interpretación global de la realidad.

Esta reducción hacia abajo, que aprovecha la interpretación mecanicista de la vida —presente a menudo en las teorías evolucionistas—, es menos válida todavía cuando se accede al nivel superior de la vida, al humano. A este propósito, el mismo Popper, aun declarándose agnóstico, confiesa en los siguientes términos la insuficiencia de las ciencias de la naturaleza para interpretar la realidad humana en su conjunto:

«Al concluir su Crítica de la razón práctica, Kant dice que son dos las cosas que llenan su ánimo de una nueva y creciente admiración y veneración: el cielo estrellado arriba de él, y la ley moral dentro de él. La primera de estas dos cosas simboliza a sus ojos el problema del conocimiento del universo físico y el problema del sitio que nosotros ocupamos en ese universo. La segunda se refiere al yo invisible, a la personalidad humana. La primera anula la importancia del hombre, al considerarlo como parte del universo físico; la segunda ensalza inconmensurablemente su valor como ser inteligente y responsable.

Pienso que Kant tiene fundamentalmente razón. Como dijo en alguna ocasión J. P. Lynkens, cada vez que muere un hombre se destruye el universo entero. Los seres humanos son insustituibles y, como tales, son claramente mucho más diferentes que las máquinas. Son capaces de disfrutar los goces de la vida, pero también de sufrir, y saben enfrentarse a la muerte con plena conciencia. Son yo, fines en sí mismos, como dice Kant»[117].

El problema filosófico dentro del problema biológico

El horizonte de las causalidades biológicas en el que se han hecho realidad las diversas formas de vida requiere una explicación

[116] Ibid., p. 33.
[117] Ibid., p.13.

«metafísica», bien se acepte el fixismo, se tienda al evolucionismo, se considere la «causalidad desde abajo» o, finalmente, se piense en la «causalidad desde arriba»; aunque no se comprobara como útil para los programas de investigación científica, el «reduccionismo biológico» no podría en todo caso aceptarse como explicación global del origen de la vida y, particularmente, como explicación del origen del hombre.

Más allá, y por encima de las causalidades o casualidades combinatorias, deberán postularse dos pasos metafísicos a los que no pueden renunciar ni la simple

---

[100]

lógica ni la explicación de la realidad, de la realidad viviente y del hombre en especial.

El primer paso metafísico lo constituye el principio de la creación; el segundo está constituido por el principio de la espiritualidad del hombre.

La Causalidad que explica su actividad en la realidad mundana, contingente, requiere una causa inteligente que explique el paso del no ser al ser, de la no existencia a la existencia de toda la realidad intramundana, que se presenta precisamente como contingente, es decir, como incapaz de agotar en sí la plenitud del ser y de la existencia.

La causa primera y subsistente deberá poseer en sí la explicación y la plenitud del ser; deberá ser capaz de dar existencia distinta de la propia (esa existencia contingente no comparable con la subsistente); deberá poder ser definida como capaz de una inteligencia finalista y ordenadora.

El principio de causalidad o de razón suficiente, que se fundamenta en la realidad y no simplemente en la mente humana, se basa en definitiva en los primeros principios de identidad y de no contradicción: el ser no puede originarse del no ser, ni lo que es más puede ser explicado por lo que es menos. Esta filosofía primera, presente ya en el pensamiento clásico, recibió un nuevo impulso y esclarecimiento por parte de la Revelación cristiana, pero sigue siendo una verdad de razón y de razón metafísica[118], y esto es lo que se afirma con el concepto de creación.

Que de la realidad cósmica se haya desembocado en la vida, por una compleja combinación de elementos químicos o por generación espontánea, o que las diversas formas de vida se hayan desarrollado por evolución, todo ello no elimina a la Causalidad primera, creadora y providente, inteligente y ordenadora; en todo caso, si se llegara a comprobar, la hipótesis evolucionista debería exaltar todavía más la profundidad de la Inteligencia creadora. Así se llame «azan> a lo imprevisible de las innumerables combinaciones posibles del DNA, y «necesidad» a la estabilización de hecho del código genético de cada

---

[118] VANNI ROVIGHI S., Elementi di filosofía, n, con la bibliografía correspondiente.

una de las especies, todo ello significa nuestra incapacidad de prever y determinar las combinaciones optativas, pero no se elimina el hecho de que tales posibilidades debieron de tener una potencialidad concreta para realizarse en una realidad de sustrato que requiere una explicación causal, a menos que no se quiera explicar la existencia con la nada, lo cual equivaldría a no ofrecer explicación alguna[119].

Habremos de añadir también el hecho de que aunque las diversas formas de vida (vegetativa, animal, humana) revelaran vínculos no sólo de relación sino incluso

---

[101]

de dependencia, no por esto perderían, ni pierden, su especificidad en los diversos grados de autonomía. Explíquense como se expliquen los mecanismos que dan origen a la planta, al animal y al hombre, su nivel de vida sigue siendo peculiar y distinto y, en cualquier caso, revelan una jerarquía ordenadora hacia una plenitud de vida cada vez más amplia y más rica. El hecho de que en los diversos niveles de vida exista un sustrato material común, y unos mecanismos elementales reconocibles, no debe impedir que se capte lo específico de las «formas» sustanciales.

Al decir esto, no pretendemos llevar forzosamente al médico o al biólogo a una visión religiosa particular, con una reflexión que requeriría más espacio y que ha ocupado e inquietado a tantos científicos, filósofos y artistas inteligentes; pero por lo menos intentamos separar el razonamiento científico experimental que concierne al cómo nace y se propaga la vida, del filosófico (no menos científico) del porqué, de la finalidad y del valor de la vida misma.

El otro paso metafisico es el que se refiere al valor de la vida humana, de la persona humana; a su espiritualidad, que no puede derivarse de la materia; a la unidad de la espiritualidad y de la corporeidad en el hombre. Pero de este tema hablaremos en el capítulo siguiente, porque merece una serie de puntualizaciones más amplias que una simple referencia.

Mientras tanto, era necesario precisar esta distinción entre el punto de vista de las ciencias experimentales, que buscan explicar el origen de la vida (pero que por «explicación» entienden —como, por otra parte, no podrían dejar de hacerla descripción del «cómo» se conectan experimentalmente los datos y los hechos), y el punto de vista filosófico, que de los mismos hechos y de su conjunto busca el «sentido», es decir, el porqué causal, la Causa primera, y el porqué final, esto es, el Fin último. Para una lectura con sentido, y por tanto válida, es esencial el

[119] Sobre las teorías científicas de J. Monod, véanse las observaciones de carácter también científico hechas por G. G**OGLIA,** Jacques Monod, en «L'Osservatore Romano» del 28 de agosto de 1976. Véase igualmente: B**LANDINO** G., L'argomentazione casuaíistica di Jacques Monod, «La Civiltà Cattolica», 1978, il, pp. 557-565; **ID.**, Caso e /ina/irà, ibid., 1977, n, pp. 366-368.

punto de vista filosófico. Para un razonamiento ético es indispensable abordar estos puntos centrales y plantear esta distinción.

Hechas tales distinciones, me parece útil citar también, a propósito de la teoría reduccionista y determinista, lo que observa el embriólogo G. Goglia, refiriéndose concretamente a J. Monod:

«Con base en estos datos podemos explicar hoy con una cierta aproximación la dinámica química que lleva a evidenciar actividades celulares específicas, pues ya están bastante claros los mecanismos que conducen a la especialización de las diferentes familias celulares en un organismo constituido por múltiples células. Existen, sin embargo, problemas a los que tales nociones no logran dar respuesta. Se trata de problemas vinculados con el desarrollo general del embrión y

---

[102]

con la definición del ordenamiento acabado (ordenamiento morfológico y funcional) llevado a efecto en órganos prodigiosamente complejos como el ojo o el cerebro. En estos casos los conocimientos de biología molecular de los genes, a los que Monod recurre para elaborar su teoría, nos ofrecen una ayuda sumamente marginal. Se puede conceder, ciertamente, que incluso la arquitectura general del cuerpo esté codificada en los genes, y admitir tranquilamente que el desarrollo de las formas embrionales representa la expresión directa o indirecta de una serie coordinada de informaciones codificadas en el genoma; pero, precisamente por esto, resulta inaceptable la idea de que la mutación casual de un gen pueda promover un fenómeno evolutivo (el que una espina pueda transformarse en pata, o una pata en ala).

En realidad, el paso de una espina a la pata y de la pata a un ala implica no tanto la transformación química de una o varias proteínas (las proteínas de la espina son en realidad casi iguales que las de la pata o el ala; y los músculos, la piel y los huesos de la espina, de la pata y del ala son estructuralmente idénticos), sino un fenómeno de reprogramación morfológica y morfogenética en cuyo ámbito las mutaciones de cada uno de los genes no son estrictamente necesarias o cobran una importancia totalmente marginal.

En realidad, la determinación genética de las estructuras celulares debe mantenerse casi inalterable, y en todo caso podrá implicar una variación marginal concerniente en especial a las proteínas de la membrana celular que podría caracterizar inmunológicamente a la nueva especie.

En otras palabras, el ala, la pata o la espina implican un patrimonio genético sustancialmente igual, que varía solamente en tanto sirve para dar especie-afinidad a las células. Lo que en los tres casos debe cambiar profundamente es la "entelequia" y el programa que regula su actuación en el tiempo.

Para pasar del ritmo frenético del jazz a la majestuosidad del "Himno a la alegría" no hay necesidad de cambiar las notas musicales; basta con programar de manera diferente la sucesión de éstas»[120].

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., Qu'est-ce que la vie? (Semana de los Intelectuales Católicos), París 1958.

—, La filosofía dell'uomo (Actas del Congreso de la Federación Universitaria Católica Italiana), Roma 1961.

—, Scienza e origine della vita, Orizzonte Medico, Roma 1980.

—, La vita e la sua storia. Stato e prospettive degli studi di genética, Scientia,Milán 1985.

AGAZZI E. (coord.), Storia delle scienze, Cittá Nuova, Roma 1980.

ARBER W., Promotion and limitation of genetic exchange, «Scienze», 1979, 205, 361-365.

[103]

ARTHADEVA B.M., *Scienza e verità. Evoluzionismo, biogenesi e uomo scimmia,* Logos, Roma 1987.

ATKINS P.W., *La creazione. Saggio sul riduzionismo estremo e sul razionalismo militante,* Zanichelli, Bolonia 1985.

BARTHOLOMEW D.J., *Dio e il caso,* SEI, Turin 1987. BLANDINO G., *Caso e finalità,* «La Civiltà Cattolica», 1977, n, 366-368.

—, L'argomentazione casualistica di Jacques Monod «La Civiltà Cattolica», 1978, II, 557-565.

BERGERON I., ERNST A.M., *Le Christ universel et revolution,* Ceri", Paris 1986.

CAMPANINI G., *Rispetto della vita e cultura contemporanea,* «La Famiglia», 1992, 152, 13-14.

CELA CONDE C, *The challenge of evolutionary ethics,* «Biology and Philosophy», 1986, I, 293-297.

CHAGAS C, *Lo sviluppo della scienza e l'avvenire dell'umanità,* «Medicina e Morale», 1974, 1, 90-98.

COLLIER J., *Entropy in evolution,* «Biology and Philosophy», 1986, 1, 5-24.

COPPENS Y., *Ominoidi, ominidi e uomini,* Jaca Book, Milán 1987.

CRICK F., *L., Uomini e molecole. E' morto il vitalismo?,* Zanichelli, Bolonia 1970.

—, L'origine della vita, Mondadori, Milán 1983.

DARWIN C, *El origen de las especies,* Serbal, Barcelona 1983.

DA VIES P., *Dios y la nueva física,* Salvat, Barcelona 1986.

DAWKINS R., *El relojero ciego,* Labor, Barcelona 1988.

[120] GOGLIA, Jacques Monod.

DELBRÜCK M., *Mente y materia,* Alianza, Madrid 1989.
DONI R., *Le grandi domande. Interrogativi sull'universo secondo la scienza, la filosofia e la fede,* Rusconi, Milán 1987.
DYSON M., *Origini della vita,* Boringhieri, Turin 1987.
ECCLES J., ROBINSON D., *La meraviglia di essere umano,* Armando, Roma 1985.
ELDREDGE N., TATTERSAL J., *I miti dell' evoluzione umana,* Boringhieri, Turin 1984.
FACCHINI F., *Il cammino dell'evoluzione umana,* Jaca Book, Milán 1985. FOX KELLER E., *Reproduction and the centrai project of evolutionary theory,* «Biology and Philosophy», 1987, 2, 383-396.
GEVAERT J., *El problema del hombre,* Sigúeme, Salamanca 1991.
GEWIRTH A., *The problem of specificity in evolutionary theory,* «Biology and Philosophy», 1986, 1, 297-306.
GOGLIA G., *Ontogenesi, filogenesi e DNA ripetitivo,* «Medicina e Morale», 1976, 3, 229-239.
—, *Jacques Monod,* «L'Osservatore Romano», 28 de agosto de 1976.
GOULD S.J., *Questa idea della vita. La sfida di Charles Darwin,* Ed. Riuniti, Roma 1984.

---

[104]
GRASSE P.P., *L'evoluzione del vivente,* Adelphi, Milán 1979.
HAJECKEL E., *Zellseelen und Seelenzellen,* «Deutsche Rundschau», 1978, xvi, 40-59.
HAWKING S.W., *Historia del tiempo. Del Big Bang a los agujeros negros,* Pianeta-Agostini, Barcelona 1992.
HORTZ H, *Dialectics and evolution,* «Biology and Philosophy », 1987, 2, 493-508.
JACOB F., *La logica del vivente. Storia dell'ereditarietà,* Einaudi, Turin 1971.
JACQUARD A., *Hasard et evolution,* «La Recherche», 1975, 6, 230-237.
LEJEUNE J., *Il messaggio della vita,* «Medicina e Morale», 1974, 1, 99-107.
LLOYD E.A., *Confirmation of ecological and evolutionary models,* «Biology and Philosophy*, 1987, 2, 277-293.
LOMBARDI VALLAURI L., *Le culture razionalistiche nei confronti della vita,* en AA. VV., *Il valore della vita,* Vita e Pensiero, Milán 1985, pp. 41-74.
LURIA S.E., *Vita, un sperimento non finito,* Zanichelli, Bolonia 1974.
MARCEL G., *L'homme problématique,* Aubier, Paris 1965.
MARCOZZI V., voz *Evoluzionismo,* en *Enciclopedia filosofica,* HI, Edipem, Roma 1979, pp. 428-438.
—, *La vita e l'uomo,* CEA, Milán 1946.
—, *L'uomo nello spazio e nel tempo,* CEA, Milán 1953.
—, *Le origini dell'uomo. L'evoluzione oggi,* Massimo, Milán 1972.
—, *Però l'uomo è diverso,* Rusconi, Milán 1981.

—, *«Sorella scimmia» e controversie evoluzionistiche,* «La Civiltà Cattolica», 1985, i, 134-145.
MARGULIS L., *Five-kingdom classification and the origin and evolution of cells,* «Evo-lutionary Biology», 1974, 7, 45-78.
MARITAIN J., *Cuatro ensayos sobre el espíritu en su condición carnal,* Club de Lectores, Buenos Aires 1980.
—, *Vers une idée thomiste de revolution,* «Nova et Vetera», 1967, 42, 130-131.
MAYR E., *Biologia ed evoluzione,* Boringhieri, Turin 1982.
MOHR R., *L'etica cristiana nella luce dell'etnologìa,* Paoline, Roma 1959.
MONOD J., *El azar y la necesidad,* Bruguera, Barcelona 1984.
MORCKO R., *La biologia nel XX secolo,* en AGAZZI E. (coord.), *Storia delle scienze,* Città Nuova, Roma 1984, II, pp. 367-385.
MORIN E., *La vita della vita,* Feltrinelli, Milán 1987.
MOROWITZ H, *Entropy and non-sense,* en BROOKS D. y otros, *Evolution as entropy,* University of Chicago, Chicago, 1986, pp. 473-476.
MORPURGO G., *Dalla cellula alle società complesse,* Boringhieri, Turin 1987.
MOUNIER E., *El personalismo,* Buho, Bogotá 1984.
OLIVERIO A., *Un nuovo modo di conoscere l'uomo,* en AA. VV., *La vicenda uomo tra coscienza e computer,* Cittadella, Asís 1985, pp. 87-104.
PALAZZANI L., *Modello argomentativo per una valutazione bioetica nella prospettiva*

[105]
personalista, en VIAFORA C. (coord.), *Centri di Bioetica in Italia. Orientamenti a confronto.*
Gregoriana, Padua 1993, pp. 39-66.
PASTORI G., *Le leggi dell'ereditarietà biologica,* La Scuola, Brescia 1958.
—, *// centenario dell'opera di C. Darwin: «L'origine della specie per selezione naturale»,* «Pedagogia e vita», 1959-1960, xxi, 24-40 y 99-110.
POPPER K. R., ECCLES J.C., *Elyo y su cerebro,* Labor, Barcelona.
QUATTROCCHI P., *Etica, scienza, complessità,* Angeli, Milàn 1984.
RICHARDS R., *A defense of evolutionary ethics,* «Biology and Philosophy», 1986, 1, 265-293.
Ruiz DE LA PEÑA J.L., *Anthropologie et tentation biologiste,* «Communio», 1984, ix, 6, 66-79.
SELLA G., CERVELLA P., *L'evoluzione biologica e la formazione della specie,* SEI, Turin 1987.
SERMONTI F., FONDI R., *Dopo Darwin. Critica all'evoluzionismo,* Rusconi, Milàn 1980.
SGRECCIA E., *// riduzionismo biologico in medicina* (Editorial), «Medicina e Morale»,1985, 1, 3-9.
SLOAN P., *Darwin as a young scientist,* en BURKHARDT E. y otros, *The correspondence of Charles Darwin,* Cambridge University Press, Cambridge, 1987, 1, pp. 1821-1835.

STEFANINI M., *L'origine della vita: il differenziamento dei gameti,* en AA. VV., *Scienza e origine della vita,* Orizzonte Medico, Roma 1986, pp. 73-86.

SPIAZZI R., *Lineamenti di etica della vita,* Studio Domenicano, Bolonia 1990.

SPERRY R., *Science and moral priority,* Columbia University Press, Nueva York 1983.

STANLEY S.M., *L'evoluzione dell'evoluzione,* Mondadori, Milàn 1982.

STEBBINS G.L., AYALA F.J., *Is a new evolutionary synthesis necessary?,* «Science», 1981, 967-971.

TEILHARD DE CHARDIN P., *La place de l'homme dans la nature* (ed. orig. 1956), Seuil, Paris 1977.

THOMAS L., *Biological moralism,* «Biology and Philosophy», 1986, 1, 316-325.

TRIGG R., *Evolutionary ethics,* «Biology and Philosophy», 1986, 1, 325-335.

VANNI ROVIGHI S., *L'antropologia filosofica di S. Tommaso d'Aquino,* Vita e Pensiero, Milàn 1945.

VENDRYES P., *Hacia la teoria del hombre,* Ateneo, Buenos Aires 1975.

VILLA L., *Parliamo della vita humana,* «Medicina e Morale», 1981, 3, 392-402.

VOORZANGER B., *NO norms and no nature — The moral relevance of evolutionary biology,* «Biology and Philosophy», 1987, *2,* 253-270.

WATERS K., *Natural selection without survival of fittest,* «Biology and Philosophy», 1986, 1, 207-225.

WILSON E.P., *Sociobiology. The new synthesis,* The President and fellows of Harvard College, Harvard 1975.

—, *Sobre la naturaleza humana,* FCE, Mexico 1980.

[107]

CAPÍTULO 4
La persona humana y su cuerpo

Humanizar la medicina

Al desplegarse en multitud de formas en el mundo, el fenómeno «vida» alcanza su vértice en la vida del hombre; hasta a los ojos del biólogo y del naturalista, el hombre representa la forma más rica, más autónoma y más activa de vida, por encima del reino de los seres vivos y en la culminación de la historia natural del universo.

La biología se ocupa de la vida del hombre, al igual que de las otras formas de vida infrahumana; pero no puede dejar de tener en cuenta —especialmente en su fase de aplicación, de diagnóstico o tecnológica— las peculiaridades de la vida humana; el hombre difiere de los animales y de los primates no sólo por el número de cromosomas o por la morfología.

La medicina, por su parte, tiene como tarea principal servir al hombre, a su salud; y aunque el contacto inmediato del médico es con la corporeidad humana, ningún médico puede hacer abstracción de la libertad-responsabilidad del individuo, de la personalidad del paciente, ni de su totalidad, como tampoco del conjunto de la comunidad humana y del ambiente social.

En la actualidad se habla de «humanización de la medicina». Pero en este término se encierran conceptos diversos, o, si se prefiere, complementario entre sí; hay quien con este término pretende enfatizar la relación intersubjetiva entre el paciente y el personal sanitario frente a la invasión de la tecnología o la masificación de los hospitales. Y hay quien, en cambio, entiende por este término la inclusión de los estudios humanísticos, particularmente de la psicología, en los planes de estudio de las Facultades de Medicina. Pero el significado más profundo de esta instancia, que resume de algún modo las precedentes, consiste en el reconocimiento de la dignidad de persona en todo sujeto humano, empezando, como veremos, desde el momento mismo de su concepción hasta el momento de la muerte, y con la conciencia incluso de su espiritualidad e inmortalidad.

Los tres significados no se asumen por descontado en la práctica médica, tal como en la enunciación del principio pudiera parecer, a pesar del llamado «viraje antropológico» entendido como una característica de la cultura moderna.

---

[108]

Pero ni siquiera en el plano teórico el concepto de persona tiene siempre un significado homogéneo, sobre todo si se relaciona con la corporeidad y si se profundiza en el nexo unitivo entre corporeidad y

persona. Por esto hay que reflexionar particularmente acerca de esta realidad tan central para el cosmos y la vida, para la sociedad y para la medicina en especial (puesto que de ello nos estamos ocupando ahora).

La persona humana y su centralidad

Tanto el científico como el filósofo, sea de cultura evolucionista o fixista, pertenezca a la corriente materialista o a la espiritualista, ninguno niega que el hombre representa un vértice en la vida del universo y en el reino constituido por las diferentes formas de vida. A apoyar esta visión de centralidad concurren las ciencias de la naturaleza (paleontología, biología, etcétera), las ciencias humanas (psicología, sociología, etcétera), la filosofía y las religiones de diversa inspiración y confesión. En el organismo mismo del hombre se resume y representa la realidad cósmica; en la conciencia del hombre es posible reelaborar conscientemente la realidad del universo, y en las obras del hombre está presente la capacidad de dominación de las realidades que lo rodean.

El punto crucial consiste en definir a la persona en su realidad constitutiva, más allá de la misma consciencia que todos los humanos en particular puedan tener de ella, y más allá también de las capacidades expresivas logradas por cada personalidad concreta en su proceso de maduración.

Apresurémonos a precisar que en este razonamiento de carácter preliminar el punto de vista que adoptamos no es el de la psicología. Efectivamente, en psicología el término «personalidad», «persona», equivale a menudo al concepto de temperamento, de carácter; y en sus contenidos, en la clasificación, en los dinamismos, es entendido diversamente por las diferentes escuelas y los diversos autores.

Ya en 1937 G. W. Allport enumeraba cincuenta descripciones diferentes de la personalidad en las que se recogían significados etnológicos, teológicos, jurídicos, sociológicos, biosociales y psicológicos del término[121].

Con ello no queremos decir que estos diversos enfoques de la realidad personal dejen de ser relevantes: la psicología, en especial, capta los aspectos relacionales, manifiestos o profundos de la personalidad, cuyo conocimiento es útil para un ejercicio adecuado de la medicina, incluso en relación con las diversas categorías y situaciones de los pacientes.

---

[109]

Pero la intención de nuestra reflexión a estas alturas del razonamiento es la que se refiere al punto de vista metafísico, al valor objetivo de la dignidad de la persona, a su estructura ontológica.

[121] ALLPORT G.W., Personality: a psychological interpretation, Nueva York 1937; GRASSO P.G., Personalità en Dizionario Enciclopedico pedagogico, HI, Turín 1959, pp. 680-682.

Bajo este punto de vista el primer aspecto que se debe poner de relieve es el carácter espiritual, intelectivo y moral de la persona: la persona es unidad de espíritu y cuerpo.

Debemos precisar, no obstante, qué entendemos por espiritualidad, alma espiritual o espíritu, y aclarar después la manera en que esta vida espiritual está unida a la corporeidad. No debe parecer ocioso o de escasa importancia en medicina el remontarnos a esta profundidad de la persona. Son muchos, en efecto, los que ponen hoy de relieve que, a medida que se desarrollan las disciplinas que se ocupan del hombre y las especialidades dentro de las ciencias humanas, se agrava la crisis de la pérdida de identidad del hombre. Baste recordar lo que M. Scheler escribía:

«En la historia de más de diez mil años, es esta la primera vez que el hombre se ha vuelto universal y radicalmente problemático para sí mismo; el hombre no sabe quién es y se da cuenta también de que ya no lo sabe.[122] [...]

«En este contexto de pérdida de identidad, de incertidumbre y de desorientación respecto de la imagen del hombre, la reflexión filosófica, crítica y sistemática, sobre el ser y sobre el significado del hombre se vuelve una de las tareas más urgentes de nuestro tiempo. Por esto, el intento por elaborar una nueva antropología filosófica es característico de muchos pensadores»[123].

La primera etapa de esta reflexión —al menos por lo que se refiere a la medicina y la biología humana— lo representa la superación del materialismo, del monismo biológico en antropología; superación que puede llevarse a cabo mediante el redescubrimiento y la reafirmación de la espiritualidad del alma humana. Es decir, el problema primordial es el de la «esencia» del hombre. Es cierto que la corriente existencialista enfatizó, al igual que el actualismo y el espiritualismo, el aspecto existencial, basando en él la acentuación de la creatividad, de la libertad, del riesgo del hombre. Para la escuela existencialista, el aspecto más humano del hombre estriba en su ex-sistir, en la capacidad de apartarse del determinismo del mundo y de ser en la singularidad irrepetible mediante la conciencia y la libertad. De esta manera, también la moral existencialista queda marcada por la «opcionalidad» y «dramaticidad» de la opción, tanto en las corrientes que desembocan en el espiritualismo, como ocurre en Gabriel Marcel, cuanto en las que caen en el nihilismo a la manera de Sartre o de Camus; o bien, finalmente, en la corriente más anclada

---

[110]

[122] SCHELER M., Philosophische Weltanschauung, Bonn 1929, 0. 62; MARCEL G., L'homme problématique, Paris 1965, pp. 73-74.

[123] GEVAERT, *Il* problema dell'uomo, p. 8; JOUF J.Y., Comprendre l'homme: Introduction à une anthropologie philosophique, Paris Í967, pp. 19-20.

en el ontologismo, como Heideqqer y Jaspers[124]. Enfatizar la existencia querría significar salir del esquematismo de las «esencias» y de la moral esencialista.

En realidad, no se da existencia sino de algo definido y real, y la realidad se presenta como unidad, como realización de la existencia en una esencia (unidad de essentia et ese, según el lenguaje tomista). Pero si en el orden de la «realización» la existencia indica el pasar desde el reino de la posibilidad pura al reino de lo real y tiene por esto una función de prioridad en el orden de la «evaluación» sucesiva y definición de un ser existente (ante la pregunta: ¿qué es, cuánto vale?), la primera indagación que se le pide al filósofo es la de la «esencia».

Captada en el hombre existente y realizado en concreto, ¿cómo se presenta la existencia humana: como corporeidad y espiritualidad, o como simple corporeidad? Esta es la primera pregunta a la que debe responder el filósofo, especialmente el filósofo de la biología y de la medicina. Es esta la magna quaestio, como la definía San Agustín[125]. Esta pregunta resulta crucial ante la realidad de la muerte cuya experiencia afecta a todo hombre, imponiéndose igualmente a la diaria atención del médico y de la medicina, y por la cual el médico mismo continúa luchando. La irrupción en la sociedad de la violencia y de las tendencias favorables al «suicidio y a la eutanasia plantea el serio problema de qué representa la muerte para el hombre: si sólo el fin del dolor o si se abre todavía una esperanza de vida. Recordemos el célebre texto de A. Camus:

«Existe un solo problema serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no la pena de ser vivida, es responder a la cuestión fundamental de la filosofía»[126].

También en las filosofías que han subrayado el aspecto social del hombre, su «estar en diálogo con los otros», como es el caso del existencialismo de G. Marcel o como el de la visión socialista de la humanidad (según la cual eh individuo es un simple ente social), el problema de la «esencia» y de la «espiritualidad» sigue siendo radicalmente predominante porque la cuestión se replantea no sólo para preguntarse qué somos después de la muerte, sino también para aclarar quiénes somos, cada uno de nosotros, frente a los otros, y quién es el otro para mí. Decir simplemente: yo - tú - nosotros, no basta para aquietar la mente humana. Incluso un personalismo que fuese simplemente relacional y se limitara a definir al «yo» y al «tú» en virtud de la relación interpersonal, sin la premisa metafísica de una definición de la esencia en relación con la existencia, y de la existencia en relación

---

[124] Véase REALE, ANTISERI, II pensiero occidentale..., ni, Brescia 1983, p. 1.

[125] SAN AGUSTÍN, Confesiones, cap. W: «factus eram ipse mihi magna quaestio» (yo mismo me había convertido en un gran problema).

[126] CAMUS A., Le mytbe de Sisyphe, en Essais, Paris 1965, citado por GEVAERT, // problema dell'uomo, p. 11.

con la esencia concreta y real, daría una definición nebulosa de la persona[127].

---

[111]

Definir la esencia de la persona y definirla como corporeidad y espiritualidad juntamente unidas, no quiere decir que se prive a la persona de su característica de «sujeto» y se «objetivice» al hombre: quiere decir simplemente que hay que definir o explorar las profundidades reales que se esconden en las profundidades del «yo» o del «tú» o en la relación social.

Recordemos simplemente los argumentos relativos a la prueba de la espiritualidad del yo, desde los clásicos recobrados y corroborados por la filosofía neo-tomista y personalista hasta los más recientes, que complementan a aquéllos.

La prueba clásica de la espiritualidad del alma, y por tanto del yo, se basa en el principio de la proporcionalidad entre causa y efecto, esto es, entre las actividades del hombre y el principio del cual proceden. En el hombre se dan actividades de carácter biológico y orgánico explicables, como en los animales, por la vitalidad vegetativo-sensorial; pero el mismo sujeto, el mismo «yo» despliega actividades también de carácter inmaterial, es decir, aquellas que, aunque provocadas por la sensibilidad, se despliegan a un nivel superior, inmaterial: son la intelección de las ideas universales, la capacidad de reflexión, la libertad (y por tanto el amor en sentido espiritual y altruista). Estas actividades no se explican sino por un principio, una fuente de energía de orden superior no ligada a la materia, una fuente inmaterial y, por tanto, espiritual.

Por otra parte, esta fuente de energía superior se revela como emanando del mismo sujeto que despliega las actividades sensoriales; estas mismas actividades sensoriales son perceptibles y capaces de entrar en la autoconciencia espiritual del hombre. En el espíritu existe y coexiste juntamente con el intelecto también una conciencia unificadora y refleja de la corporeidad: Idem ipse homo est qui percipit se intelligere et sentire; sentire autem non est sine corpore (es el mismo hombre el que percibe que está entendiendo y sintiendo; pero sin el cuerpo es imposible sentir)[128].

---

[127]Véase la aportación del pensamiento dialógico-personalista de BUBER M., Werke, Munich 1963; BABOUN A., Essere e alterità in M. Buber, Padua 1965.

[128] STO. TOMÁS DE AQUINO, Summa Theologiae, i, qq. 75 y 76; ID., Quaestiones disputatele: De spiritualibus creturis, art. 2 y 9; ID., De anima, arts. 2 y 3; véase el desarrollo de este pensamiento en VANNI ROVIGHI S., Elementi di filosofia, a, Brescia 1963, pp. 157-183; LOCATELU F., Alcune note sulla dimostrazione dell'immortalità dell'anima di S. Tommaso, «Rivista di Filosofia neoscolastica», 1941, xxxiii, pp. 413-418; Coccio A., // problema dell'immortalità dell'anima nella Summa Theologica di S. Tommaso d'Aquino, «Rivista di Filosofia neoscolastica», 1946, xxxvm, pp. 298-306.

«Debemos decir que la esencia o sustancia del hombre es una esencia o sustancia única, pero compuesta, cuyos componentes son al mismo tiempo el cuerpo y la inteligencia espiritual, o mejor, la materia de que está hecho el cuerpo, y el principio espiritual, una de cuyas facultades es la inteligencia. La materia (en el sentido aristotélico de materia prima, o de la potencialidad radical que es el tejido de todas las sustancias corpóreas), esa materia, unida sustancialmente al principio

---

[112]

espiritual de la inteligencia, está ontològicamente plasmada e informada dentro y en las profundidades más íntimas del ser por este principio espiritual a la manera de un influjo sustancial y vital, a fin de constituir lo que es nuestro cuerpo, instrumento viviente de la inteligencia. En este sentido dice Santo Tomás, siguiendo a Aristóteles, que la inteligencia es la forma, la forma sustancial del cuerpo humano.

Esta es la noción escolástica del alma humana. El alma humana, principio radical de la potencia intelectiva, es también el primer principio de vida del cuerpo humano y la forma sustancial, la entelecheia de este cuerpo. Y el alma humana no es solamente una forma sustancial y una entelecheia, como lo son las almas de las plantas y de los animales, según la filosofía biológica de Aristóteles: el alma humana es también un espíritu, una sustancia espiritual capaz de existir separada de la materia, puesto que el alma humana es a un tiempo un alma y un espíritu, y su propia sustancialidad, su misma sustancia y existencia son comunicadas a toda la sustancia humana, para hacerla lo que es, y para hacerla subsistente y existente»[129].

Volveremos pronto sobre el tema de la unión espíritu-cuerpo para retomar las palabras de J. Maritain.

Ahora deseamos agregar que, más recientemente, la demostración de la espiritualidad del alma ha sido subrayada y fundamentada más marcada y existencial-mente en la capacidad de diálogo del yo: es la capacidad de relacionarse con el otro, por parte de un «yo» hacia un «tú», que fundamenta más radicalmente la relación.

«Las antropologías de inspiración existencial y sobre todo las de inspiración personalista tratan de caracterizar diversamente al ser del hombre, recurriendo a una fórmula más completa y sustancialmente abierta al misterio religioso. Se ve al hombre como un ego que existe con los otros en el mundo para realizarse»[130].

Así, Heidegger, Marcel, Buber, Lévinas y otros han connotado fuertemente la personalidad y la espiritualidad del hombre: «ser como los demás», «ser en el mundo», «ser para los otros» y la «posibilidad de

---

[129] **MARITAIN J.,** L'immortalità dell'anima, en Ragione e ragioni, Milán 1982, p. 90.
[130] **GEVAERT,** Il problema dell'uomo, p. 7; **MALHERBE** J.F., Médecine, anthropologie et éthique, «Médécine de l'homme», 1985, 156/157, pp. 5-12.

diálogo yo-tú», son las fórmulas que quieren expresar el aspecto existencial y activo de la personalidad espiritual con un sentido moderno. Como decíamos antes, esta perspectiva supone y no sustituye al razonamiento «sustancialista» sobre la esencia espiritual del espíritu, que surge de la facultad intelectiva y de la volitiva.

A este propósito, hay que hacer una anotación ulterior acerca de los términos «alma», «psique» y «espíritu», para evitar posibles confusiones.

Así, el alma, en sentido filosófico, es entendida como el principio de las operaciones vitales y se puede utilizar el término para indicar el principio de las funciones

---

[113]
vitales vegetativas, sensoriales y racionales; y, por tanto, se habla de alma vegetativa, sensitiva y racional, aunque las más de las veces con el término «alma» y «animación» nos referimos al alma racional y espiritual.

Sin embargo, Maritain significa más adecuada y acertadamente al alma racional con el término «espíritu».

En la psicología experimental y humana el término «psique» designa también las expresiones vitales que indican más comúnmente el aspecto sensorial y emocional de la vida animal y humana (se discute y se duda que las plantas tengan sensibilidad); en ocasiones, por el contrario, con el término «psique» o «psiquismo» se indica también el aspecto espiritual y superior del espíritu, pero bajo el perfil funcional. Se habla entonces de psiquismo superior, de «mente», de «psicología» de la inteligencia, etcétera. No hay que pensar que el hombre debe ser considerado como integrado constitutivamente por tres principios: el soma, la psique y el espíritu, porque la psique expresa la vitalidad tanto del soma como del espíritu bajo el punto de vista funcional. Especialmente en nuestros tiempos la psicología se enfoca hacia el estudio de la dimensión emocional-sensitiva que se enraiza tanto en el soma como en el yo.

Los principios constitutivos del hombre siguen siendo dos, cuyo origen y naturaleza se diversifican profundamente: el soma y el espíritu o alma espiritual.

Una vez reconocido esto, la espiritualidad del alma comporta otras dos consecuencias que la conciernen: si el alma es espiritual, entonces se sigue de ello que no puede derivar del cuerpo y, además, que es inmortal.

Partiendo siempre del principio de la imposibilidad metafísica de hacer derivar lo espiritual de lo material, se deberá concluir que en el hombre, ser compuesto de alma espiritual y de corporeidad, el alma debe tener un principio que la ha originado, diverso y espiritual. De aquí la tesis de la creación del alma individual directamente por parte de Dios; el mismo Creador, que hizo existir la vida en su expresión general, rica en variedades y niveles jerárquicos, es también el Autor de cada una de las

almas espirituales de cada hombre: creando infunditur et infundendo creatur, dice Santo Tomás de Aquino: creando se infunde e infundiendo se crea[131]. Más adelante precisaremos el modo y el momento de esta unión del alma con el cuerpo en la unidad de la persona.

La inmortalidad del alma se deriva de su inmaterialidad. Para algunos esta consecuencialidad no sería suficientemente sólida y apuntan que la inmortalidad pertenece al credo religioso más que a la demostración racional. Es cierto que la inmortalidad del alma (como, por lo demás, su origen) reclama y postula el concepto de creación y la existencia del Creador; pero esta conclusión no es sólo del dominio de la fe sino que pertenece también a la razón, aun cuando la fe cristiana la

---

[114]

ilumina y corrobora. Una vez demostrada la espiritualidad del alma y su creación por parte de Dios no se puede por menos que concluir en favor de la inmortalidad porque al no corromperse por sí misma (por ser inmaterial), el alma espiritual podría perder su propia existencia sólo por voluntad del Creador, el cual non substrahit rebus id quod est proprium naturae earum (no sustrae a las cosas lo que es propio de su naturaleza)[132]. Con esto no se pretende negar la importancia de las certezas de la fe y la amplitud de horizontes que de ellas se derivan para toda la antropología: al beber en la Revelación, la fe cristiana propone una concepción del hombre como sujeto creado (a imagen y semejanza de Dios), convertido en depositario de la misma vida divina sobrenatural mediante la Redención operada por Cristo, y llamado a la vida eterna, entendida como participación en la vida divina. Pero con esto tampoco se debe minusvalorar la relevancia de los argumentos tomados de la razón, de la ética y de la tensión natural y universal de la humanidad hacia lo eterno[133].

Lo que sí hay que evitar es la transferencia imaginativa y conceptual de las nociones espacio-temporales a la vida fuera del tiempo: la razón puede, simplemente, afirmar el hecho de la inmortalidad, pero esta inmortalidad no se debe imaginar como la prolongación cronológica de la vida temporal[134].

El cuerpo y sus valores

---

[131] Sro. T**OMÁS DE** A**QUINO,** Summa Theologiae, I, q. 90, art. 2

[132] I**D.,** Contra gentiles, cap. 55.

[133] Cfr. S**CHOONENBERG** P., Je crois à la vie éternelle, «Concilium», 1969, 5, p. 91; B**LONDEL**M., Le problème de l'immortalité de l'âme, «Supplément de la vie spirituelle», 1939, 61, pp. 1-15; M**ARITAIN** J., De Bergson à St. Thomas d'Aquin, Neuchâthel-Paris 1947, pp. 149-185; G**EVAERT,** ***//*** problema dell'uomo, pp. 270-282. Se expresan a favor de la posibilidad de demostrar la inmortalidad del alma Maritain y Blondel, entre los más recientes, mientras esa certeza la remiten a la fe religiosa Jaspers y Scheler.

[134] R**AMSEY** J.T., Freedom and immortalité, Londres 1971, pp. 91-148; G**EVAERT,** **II** problema dell'uomo, p. 273.

Es imposible trazar lineamientos éticos en el campo biomédico, hacer bioética, sin aclarar antes el valor que encierra la corporeidad humana, y por esto, la relación de cuerpo y espíritu en la unidad de la persona. Ya la escuela de Cos, en el siglo V a. de C, recordaba en la obra Los lugares en el hombre que: «la naturaleza del cuerpo es el principio del razonamiento en medicina». Cualquier médico sabe intuitivamente que acercándose al cuerpo del enfermo, se acerca en realidad a su persona y que el cuerpo del enfermo no es, propiamente, «objeto» de la intervención médica o quirúrgica, sino «sujeto» de la misma. Pero hay que profundizar en esta relación cuerpo-persona vinculándola con el problema del inicio de la vida embrional y con los temas también de la salud, de la enfermedad y de la muerte.

---

[115]

Nuestro razonamiento deberá ser de carácter filosófico y ético; recordaremos, aunque sea brevemente, el pensamiento ideológico contemporáneo sobre la «cultura» o «contracultura» del cuerpo, haciendo también aunque sea una somera referencia al pensamiento bíblico y teológico sobre la corporeidad.

Efectivamente, manteniéndonos en el terreno filosófico, nos encontramos ante tres diversas concepciones de la corporeidad, que comportan una ética diversa y su correspondiente antropología diferente: la concepción dualista, la concepción monista y la concepción personalista.

La concepción dualista o intelectualista

Esta concepción se remonta en sus lejanos orígenes al pensamiento griego, el cual es cosmocéntrico: la realidad tiene su centro en el cosmos, el mundo ordenado, cuya materia, elemento fluctuante, ciego e indeterminado, sede de la irracionalidad y del hado, es dominada y en cierta medida organizada por las ideas divinas, de naturaleza superior y opuesta. La realidad es dualista y trágica en sí misma y el hombre representa un «caso» de esta tensión[135] entre el mundo material y el mundo ideal y divino.

El dualismo antropológico se concreta en la afirmación de la «conflictividad» entre alma y cuerpo. Platón (427-347 a. de C), principal representante de esta concepción dualista, sostiene que el alma y el cuerpo están unidos accidentalmente; siendo el alma el elemento divino y eterno, el cuerpo se revela como el obstáculo principal para el conocimiento de las ideas, y el ideal del hombre consiste en sustraerse a lo corpóreo y alienarse del mundo. Esta actitud pesa en la concepción platónica no sólo en relación con la teoría del conocimiento y en la visión

---

[135] SQUARISE C, VOZ Corpa, en Dizionario Enciclopédico di teología morale, Roma 1981, pp. 149-166; GIANNINI G., // problema antropológico, Roma 1965; MAZZANTINI G., Storia del pensiero antico, Turín 1965; LUYTEN N., Das Leib-Seele Problem in philosophischer Licht, reproducido en Ordo Rerum, Friburgo 1969, pp. 285-287.

general de la vida: al enmarcar Platón a la moral dentro de la concepción organicista del Estado absoluto, llega incluso a justificar la eutanasia de los adultos gravemente enfermos con la ayuda de los médicos (República, 460 b). Con Aristóteles (384-322 a. de C.) esta concepción dualista se atenúa, pero no desaparece por completo.

Aristóteles, en efecto, concibe la unión del alma espiritual con el cuerpo mediante la relación «sustancial» de «forma» y «materia», de «acto» y «potencia»: según Aristóteles, el alma es la forma sustancial del cuerpo, lo cual quiere decir que el cuerpo es humano en todas sus partes en cuanto que está «informado» por el alma; y ésta pone en acto al cuerpo, haciéndolo cuerpo humano. Sigue persistiendo, no

---

[116]

obstante, una fuerte incidencia del dualismo, por cuanto que también para Aristóteles el cuerpo es materia ajena por origen, y opuesta al espíritu; los dos coprincipios del hombre no presuponen un único origen, puesto que la materia es eterna y contrapuesta a Dios: el alma unifica al cuerpo; es su entelecheia, le confiere la vitalidad; pero como principio de unificación de las funciones vitales, ella no se identifica con el cuerpo; y como principio activo de inteligencia de lo verdadero (nous poieticós), permanece ajena a él y se identifica con la divinidad.

Por lo demás, antes de la interpretación tomista, las obras de Aristóteles no permiten afirmar claramente la inmortalidad y supervivencia del alma de cada uno de los hombres: es el intelecto divino el que es eterno y el que actúa eternamente en el interior del alma personal. La visión aristotélica del cuerpo es organicista: el organismo humano atrae el interés científico del filósofo.

En su intento de unificación, es el alma humana la que pierde consistencia y el cuerpo el que cobra relieve, forma y unidad. Este hecho llevará a Aristóteles a mostrar un gran interés por la medicina desde la perspectiva organicista[136].

La instancia unitaria y los conceptos que la justifican (acto y potencia, materia y forma) serán utilizados nuevamente en la concepción tomista y personalista, pero preservando mejor la consistencia espiritual y sustancial del alma personal.

El aristotelismo sigue adoleciendo de incapacidad para concebir la moral como moral total del hombre. Recordemos que también Aristóteles justifica, desde esta perspectiva organicista del hombre, la supresión de los recién nacidos deformes (Política, VII, 1335 b) por su imperfección física. Una involución antropológica se advierte también en las escuelas postaristotélicas, tanto en la neoplatónica como en la estoica: en la sobrevaloración monista de la razón universal (estoicos) del Uno, del que todo emana por degradación hasta llegar a la materia (neoplatonismo), el

---

[136] AGAZZI (coord.), Storia delle scienze, I, pp. 105-107.

cuerpo sigue siendo un obstáculo al que lo divino es sustancialmente ajeno y al que el espíritu está accidentalmente unido.

Por esto, no debe sorprender la exaltación del suicidio como acto de racionalidad y de libertad, practicado frecuentemente por los filósofos de estas escuelas.

Las voces que reafirman el valor intocable de la vida humana frente al médico (Hipócrates y Galeno) o su valor frente a las obligaciones civiles (Cicerón) atestiguan, sin embargo, la permanencia de una ética de respeto hacia cada hombre en particular y de rechazo a la consideración puramente instrumental de la corporeidad.

La concepción dualista influye en ciertos sectores de la antigua literatura cristiana, especialmente en los pensadores de la escuela platónica, y en especial por lo que se refiere a la explicación del pecado presente y operante en la vida temporal

---

[117]

del hombre; pero no hasta el punto de hacer olvidar el hecho de que la creación hace al hombre en su totalidad «creado» por Dios y, por esto mismo, unitario en su origen y en su fin.

Para volver a encontrar otra fase del dualismo marcadamente antropológico hay que esperar a Descartes, Malebranche y Leibniz, ya en la época del triunfo del racionalismo. Para Descartes, el cuerpo está unido concreta y físicamente al alma mediante la epífisis, pero las dos realidades difieren por esencia y valor: el cuerpo es una máquina y su estudio pertenece a las ciencias de la mecánica y de la naturaleza; el espíritu es conciencia y es lo que da valor al hombre. El cuerpo adquiere un marcado significado instrumental y Descartes no advierte conflicto alguno en el hombre en el plano operativo, lo mismo que tampoco hay ningún conflicto entre el obrero y su máquina.

Conocer las leyes de la naturaleza es tarea de la razón, y la ciencia, centrada por Galileo en el método que sigue los criterios de la observación y de la experimentación, busca conocer para dominar. El mecanicismo como interpretación de la realidad física y corpórea llevará —en Medicina— a abrazar el método de la observación experimental, haciendo avanzar en el conocimiento estructural y funcional del cuerpo humano. Para explicar al cuerpo humano, éste no necesita, según el pensamiento de Descartes, del alma, en el sentido de principio vital: el cuerpo es física, mecánica. No se precisa el espíritu humano para explicar el funcionamiento del cuerpo, sino para tomar conciencia de sí, para dar razón e interpretar racionalmente al mundo.

Malebranche acentúa este dualismo, afirmando que el espíritu no domina, ni siquiera directamente, al cuerpo a manera de un instrumento o de una máquina; la separación es tan grande que Malebranche apela a Dios para poder armonizar la vida corporal con la espiritual en los procesos cognoscitivos y en la actividad práctica (ocasionalismo). Leibniz recurre al concepto de armonía preestablecida entre el orden espiritual y

el orden físico en el hombre para eliminar la idea de la intervención continua de Dios, pero subrayando el mismo dualismo estructural.

Será precisamente este dualismo exacerbado, perteneciente ya al pasado, el que estimule al monismo materialista que ve en los fenómenos definidos como psíquicos o espirituales el reflejo de la organización corporal[137].

La concepción monista

La interpretación materialista y monista, aparte las concepciones antiguas del epicureismo, presenta a partir de Marx —particularmente en el neomarxismo de Sartre y de Marcuse—, una visión reduccionista y política. El marxismo clásico sometió

---

[118]

el cuerpo a la especie y a la sociedad; el neomarxismo lo orienta hacia una segunda revolución más individualista. El cuerpo agota la totalidad del hombre (J'existe mon corps, «yo existo mi cuerpo», dice Sartre) y de sus experiencias; tanto lo que el hombre es en sí mismo como lo que obtiene de la experiencia con los demás es corporeidad y experiencia corpórea. Para Marcuse, que no siempre ofrece un pensamiento sistemático, sigue siendo una orientación segura la de que el cuerpo es el lugar, además del medio, de la liberación; reapropiarse del cuerpo quiere decir liberar a la persona humana de la organización del trabajo dependiente, organización propia de la sociedad burguesa e industrial, de la moral extrínseca, de la institucionalización del matrimonio; hacer que sea el lugar del placer, del juego y de la expresión de todo lo que puede ser. Estas ideas están más explícitas en la obra Eros y civilización (1955). El cuerpo debe ser liberado del dinero, del logos de la ley y de las obligaciones sociales; una vez liberado, será punto de partida de una nueva sociedad[138]. En esta línea político-revolucionaria surge el primer movimiento feminista vinculado con Simone de Beauvoir y su famoso libro, El segundo sexo, que tuvo y sigue teniendo gran influencia en el campo de las reivindicaciones de la libertad de sexo, en las campañas en pro de la anticoncepción, el aborto, la esterilización voluntaria, etcétera[139].

Algunas corrientes psicológicas contemporáneas como el conductismo o el psicoanálisis, aun cuando contribuyeron a superar la concepción organicista y mecanicista del cuerpo, no superan el horizonte

[137] G**EVAERT, Il** problema dell'uomo, pp. 53-64.

[138] N**EBULONI** R., Crisi dell'eros e crisi della civiltà del pensiero di H. Marcuse, en M**ELCHIORRE** V. (coord.), Amore e matrimonio nel pensiero filosofico e teologico moderno, Milán 1976, pp. 319-344; S**PINSANTI** S., // corpo nella cultura contemporanea, Brescia 1983, con abundante bibliografia.

[139] C**REMASCHI** S., // concetto di eros in «Le deuxième sexe» di Simone de Beauvoir, en. M**ELCHIORRE** V. (coord.), Amore e matrimonio..., pp. 296- 313.

materialista-monista de la concepción del hombre, sino que se proponen indagar en el misterio de la psique humana y del «cuerpo vivido», mediante el estudio del comportamiento Q por el análisis de las dinámicas del inconsciente y de las presiones sociales. Ciertamente estas escuelas han ofrecido en estos temas aportaciones notables y claves interpretativas de la realidad del hombre en su subjetividad y en su patología; pero no escapan a la visión monista y temporalista del hombre sino mediante una corrección e integración metapsicológica.

Es obvio que estas anotaciones representan sólo un esbozo de complejos movimientos culturales en los que encontramos otros nombres y ondulaciones diversificadas de instancias fundamentales; sólo hemos anotado lo estrictamente necesario para comprender la relevancia de los temas discutidos también al interior de la ciencia ética, dentro de la medicina y de la gestión social de los problemas sanitarios.

---

[119]

En el pensamiento científico biológico se afirma, más recientemente aún, el reduccionismo monista en el pensamiento de Jacques Monod, a cuya obra, El azar y la necesidad (1970), aludíamos anteriormente. Según este autor, lo humano no sólo se reduce a lo biológico, sino que la biología tampoco es otra cosa que física.

En la misma línea se ubica el pensamiento de Francois Jacob con su libro La logique du vivant (1970) y el de J.P. Changeux, autor de L'homme neurona! (1983), en el que afirma la identificación de la mente con el cerebro. En un próximo capítulo volveremos a ha: 'ar de este reduccionismo en el campo biológico.

La concepción personalista del hombre y de la corporeidad

Esta concepción, que tiene una importancia fundamental para toda la ética de la corporeidad y para los problemas éticos de la sexualidad y de la medicina, ha recibido diversas aportaciones por parte del pensamiento teológico y filosófico en varios momentos de la historia.

Ante todo, el cristianismo introdujo para universal conocimiento, en la historia del pensamiento occidental, la noción de <<persona» entendida como ser subsistente, consciente, libre y responsable. Las verdades de la Revelación relativas a la Creación permiten concebir al hombre como «creado a imagen y semejanza de Dios», es decir, como capaz de entrar en diálogo con Dios y llamado a gobernar el universo en nombre y por autoridad de Dios. La concepción del pecado y de la Redención; las verdades referentes al don de la vida divina concedido a la persona humana, que de esta manera es asociada a la Vida misma de Dios; el hecho-misterio de la Pasión y Resurrección de Cristo, que garantiza la resurrección corporal de la humanidad, todas estas verdades representan una visión que llevó a establecer en el seno de la teología católica el principio: caro cardo salutis (la carne es el eje central de la salvación). De esta manera, la dicotomía misma de cuerpo-alma dentro

del hombre recibe una fuente trabazón, de manera que en el lenguaje bíblico con el término basar (carne), o el griego sarx —y el correspondiente" ruhac (en griego pneuma) —, se designan no tanto los dos componentes ontológicos del hombre, cuanto más bien las dos actitudes contrapuestas de su orientación: la orientación de idolatría o mundana, y la orientación de obediencia filial a Dios[140].

Dejando a un lado las aportaciones de diversas escuelas (de inspiración platónica o de inspiración aristotélica) de los Padres de la Iglesia, hay que subrayar la sistematización llevada a cabo por Santo Tomás de Aquino del problema referente a la relación alma-cuerpo, sistematización que seguirá siendo imprescindible para todas las escuelas personalistas, incluido el neoplatonismo y la neoescolástica.

---

[120]

Santo Tomás procede utilizando -además de la inspiración cristiana, que se supone— las claves de interpretación de la metafísica aristotélica: materia y forma, esencia y existencia.

Ante todo afirma que el alma está unida al cuerpo sustancialmente y no accidentalmente en cuanto coprincipio de la persona, por ser el alma forma sustancial del cuerpo. Esto implica que el cuerpo es humano porque está animado por un alma espiritual; y que es lo que es, porque recibe del principio espiritual la compaginación ontológica de humanidad: el mismo principio por el que conocemos y somos libres, es el mismo (el alma espiritual) que es forma sustancial del cuerpo, creada en orden a esta doble capacidad connatural de ser ella misma y de animar a su cuerpo. Según Santo Tomás, sólo esta explicación da cuenta positivamente de la unidad de la actividad humana, que es siempre físico-espiritual, y excluye las apodas del dualismo. El alma es, pues, forma sustancial del cuerpo y de todo el individuo, del hombre. El principio del operan sequitur esse (la actividad es proporcional al ser) da razón de este argumento: hasta cuando actúa con el cuerpo, el hombre actúa en forma humana y espiritual. Aquello por lo que un cuerpo ejerce su actividad es su forma sustancial. De hecho, para obrar necesita ser, y para obrar de un modo determinado necesita ser de un determinado modo, necesita tener una determinada naturaleza; y el principio por el que un cuerpo tiene una determinada naturaleza —y por tanto también una determinada actividades la forma sustancial[141]. Si el cuerpo estuviera

---

[140] SQUARISE, v. Corpo, en Dizionario Enciclopédico..., pp. 159-164 ; MORK W., Linee di antropología bíblica, Fossano 1971; AA.VV., Antropología bíblica e morale, Ñapóles 1972; BAUMGARTEL F., MEYER R., SCHWEISER E., VOZ Sarx, en Grande Lessico del Nuouo Testamento, Brescia 1976, xi, pp. 1265-1398; KLEINKNECHT H., VOZ Pneuma, ibid., pp. 767-849.

[141] VANNI ROVIGHI, Elementi di filosofía, m, pp. 164-166. Santo Tomás desarrolla su conocida argumentación en Contra Gentiles, caps. 56-67; De anima, arts. 2 y 3; Summa Theologiae, I, q. 76, arts. 1 y 2, y en las Quaestiones disputatae: De spiritualibus creaturis, arts. 2 y 9; VANNI ROVIGHI, L'antropología filosófica...; cfr.

junto al alma y ésta junto al cuerpo, no se explicaría la unidad de actividad, la unidad de la fuente —diríamos ahora— energética e informativa, en cada hombre en particular.

Decir que el alma espiritual es forma sustancial del cuerpo quiere decir que es también la única forma sustancial, porque una pluralidad de formas comportaría una pluralidad de entes y de fuentes de actividad; por esto el alma espiritual activa e «informa» con su energía y su fuerza unificadora incluso a las facultades —se trata de facultades diversas— propias de la vida vegetativa y de la vida sensitiva. Este hecho tiene una gran importancia ética por lo que se refiere a la unidad de la vida en el hombre: el hombre sigue siendo hombre incluso cuando no despliega aún, o no lo logra por causas accidentales, las facultades mentales.

El segundo eje del pensamiento que se inspira en la filosofía tomista, aunque no se explicite completamente, es el que se basa en los dos principios de todo ente

---

[121]

real, es decir: la esencia y la existencia (essentia y esse en términos tomistas). La esencia compuesta del hombre (alma y cuerpo) pasa del estado potencial e hipotético al real, como sucede con toda realidad como consecuencia de un acto existencial que realiza concretamente esta potencialidad. Ahora bien, el acto existencial que hace realidad al cuerpo humano está constituido por el acto existencial mismo que hace realidad al alma: es un único acto existencia!, no dos actos constitutivos sino uno y único; esto está implícito en la unidad de la forma. Es el acto existencial propio de la forma el que pone en acto a la materia, esto es, en nuestro caso, al cuerpo. Puesto que el acto existencial del alma procede —y no puede menos que proceder— del Creador, el mismo acto vivifica y pone en acto al cuerpo y esto sucede, y no puede dejar de suceder, en la simultaneidad de las causas segundas, es decir, en el momento de la procreación.

Santo Tomás, dados sus imperfectos conocimientos sobre embriología humana, fue inducido a admitir dos fases en la formación del hombre en el útero: una precedente y otra sucesiva a la infusión del alma por una supuesta discontinuidad receptora de la «forma humana»; lo cual ni quita validez a sus principios, que inducen hoy a los personalistas a concluir diversamente con base en los descubrimientos de la embriología, ni permite interpretar que Santo Tomás era favorable al aborto antes de la animación del cuerpo[142].

La conclusión de todo lo dicho hasta aquí se puede resumir con las palabras de G. Marcel: «Lo que es propio de mi cuerpo es el no existir

---

GEVAERT, II problema dell'uomo, pp. 47-58; NUYENS F., L'éuolution de la psychologie d'Aristote, Lovaina 1948.

[142] FAGONE V., // problema dell'inizio della vita del soggetto amano, en AA.VV., Aborto. Riflessione di studíosi cattolici, Milán 1975, pp. 149-179.

por sí solo, el no poder existir por sí solo»[143]. Se puede decir: «yo soy mi cuerpo», con la condición de que no se entienda en sentido exhaustivo, para afirmar que nosotros sólo somos cuerpo; puede decirse que «yo soy mi cuerpo», con tal que no se entienda que éste es simplemente un objeto.

A este respecto J. Maritain afirma:

«Todo elemento del cuerpo humano es humano y existe como tal, en virtud de la existencia inmaterial del alma humana. Nuestro cuerpo, nuestras manos, nuestros ojos existen en virtud de nuestra alma»[144].

Las aportaciones de las escuelas filosóficas contemporáneas, especialmente el existencialismo y la fenomenología, son muy relevantes, pero nos parece que con la condición de que presupongan la estructura ontológica de la persona que hemos encontrado en el filón tomista. La existencia no puede ser leída sino dentro de una

---

[122]

esencia y la existencia del hombre es dada por la unión sustancial del alma espiritual con el cuerpo que obtiene su forma sustancial del alma espiritual misma. De hecho estas aportaciones más recientes a la concepción del hombre no prejuzgan el razonamiento en el plano ontológico sino que se sitúan en el racional. Es decir captan el valor del cuerpo en su mediación con el mundo, la sociedad y la historicidad. La distinción que hacen en este tema la filosofía y la lengua alemanas entre Körper (cuerpo orgánico, objeto de estudio) y Leib (cuerpo vivido, sujeto de vida y de realización) establece suficientemente esta duplicidad de sentido y de contenido[145] y es peculiar de la filosofía existencialista de Merleau-Ponty.

Este autor subraya, análogamente a lo que también afirma Heidegger, el carácter de relación con el mundo en sus estudios sobre la percepción. El cuerpo, además de establecer la relación con el mundo, le confiere siempre nuevos significados, trascendiendo sus propias experiencias y los significados precedentes:

«El cuerpo está en el mundo como el corazón en el organismo: mantiene continuamente en vida el espectáculo visible, lo anima y lo alimenta internamente, forma con él un sistema... El cuerpo es nuestro medio general de tener un mundo»[146].

---

[143] MARCEE G, DU refus á l'inuocation, París 1940, p. 30; ID., Éfre et avoir, París 1935, pp. 119-120; ID., Journal métaphysique, París 1927, p. 252.
[144] MARITAIN, Metafísica e morale, en Ragione e ragioni, p. 91.
[145] SPINSANTI, // corpo..., p. 16; PLÜGGE H., Der Mensch und sein Leib, Tubinga 1967; ACQUAVIVA S., In principio era il corpo, Roma 1977.
[146] MERLEAU-PONTY M., La struttura del comportamento, Milán 1963; ID., Fenomenología della pereezione, Milán 1965; REALE, ANTISERI, // pensiero occidentale..., m, 467-469;

El mundo de la experiencia es el reino construido en el cuerpo y por el cuerpo, según Merleau-Ponty. Esto supone que la trascendencia de sentido y de significado tiene su propia explicación, a nuestro juicio, más allá del cuerpo mismo, en el espíritu. El «ser» propio de la existencia humana como existencia espacio-temporal marca, según Heidegger, lo peculiar del hombre y es propiedad de su encarnarse en un cuerpee[147]

En el pensamiento de Gabriel Marcel se subraya la función del cuerpo en su mediación social: si la existencia humana es tal en cuanto que se es un «ser con» otros, un estar abierto a los otros, ello es posible a través de la corporeidad y su lenguaje; el cuerpo es «presencia» frente a los otros, es síntesis memorial del pasado, del presente y del futuro frente a la sociedad; esto implica entre los hombres el recíproco reconocimiento como persona y la posibilidad de la comunión[148].

El valor del cuerpo como «expresión» —y por tanto como cultura, civilización, capacidad de transformación tecnológica del mundo y de la materia— lo subrayó Scheler, principal exponente de la escuela fenomenológica, el cual ve en la mediación cultural del cuerpo la capacidad misma de realización de la persona[149].

---

[123]

El cuerpo es, además, capacidad de lenguaje, precisamente porque es expresividad, epifanía, fenomenología del yo; y esto no sólo en el lenguaje hablado, escrito y artístico, sino en toda su gestualidad[150], desde la sonrisa al llanto, desde la mirada a la actitud del rostro. Finalmente el cuerpo es principio y signo de diferenciación individual: hombre, mujer, ese individuo, aquel otro individuo, son tales por el cuerpo.

Hoy todo el debate sobre la relación cuerpo-espíritu se ha centrado, como decíamos, en la relación cuerpo-mente y también aquí se configura una concepción unitaria, de interdependencia y al mismo tiempo de trascendencia de la mente respecto del organismo cerebral[151].

Los dos filósofos, K. Popper y J. Eccles, se mantienen moderadamente dualistas en su «teoría de la interacción» entre cuerpo y mente y consideran la existencia del pensamiento como un enigma para las ciencias biológicas y cosmológicas.

En síntesis, podemos resumir los significados personalistas y humanos del cuerpo con estas expresiones y valencias: encarnación

---

BRUAIRE C, Filosofía del corpo, Cinisello Balsamo, 1975; MELCHIORRE V., // corpo, Brescia 1984.

[147] REALE, ANTISERI, // pensiero occidentale..., m, pp. 445-453.
[148] MARCEL G., Homo uiator, Paris 1944.
[149] SCHELER M., Nature et formes de simpathie, Paris 1950, p. 187.
[150] MOUROUX J., Sens chrétien de l'homme, París 1945, pp. 43-74; GEVAERT, Il problema dell'uomo, pp. 70-80.
[151] Véase el gran diálogo entre Popper y Eccles, en L'io e il suo cervello, Roma 1982.

espacio-temporal, diferenciación individual, expresión y cultura, relación con el mundo y con la sociedad, instrumentalidad y principio de la tecnología. Recuérdese que la técnica no es otra cosa que potenciación del cuerpo muscular (la máquina) y del cerebro (informática).

Pero el cuerpo es también límite, signo del límite espacio-temporal, y este límite, puesto en evidencia en particular por el existencialismo y el personalismo, comporta los conceptos de dolor, de enfermedad y de muerte.

Esta reflexión sobre los valores relaciónales, fenomenológicos e históricos de la corporeidad cobra toda su consistencia y riqueza por el hecho ontológico de la relación del cuerpo con el espíritu y, por tanto, por la persona, que es actividad existencial rica en pensamiento, en libertad, en autodeterminación. Todo acto médico y toda intervención en la corporeidad no podrá dejar de tener presente esta riqueza y esta vinculación: es un acto de una persona sobre otra persona con la mediación del cuerpo.

Una última reflexión debe acompañar a esta conclusión sobre los valores de la corporeidad: los valores corpóreos están en armonía, y en jerarquía, entre sí; esto es un corolario de la unidad del cuerpo, aun compuesto de partes, que hace de él un organismo viviente y animado por el espíritu. La unidad de diversas partes vivientes exige y construye la jerarquía de las partes y su «intercomunicabilidad», es decir, la armonía. Sólo con esta condición se puede hablar de organismo viviente. Es lo que los moralistas llaman unitotalidad.

---

[124]

De este hecho se derivan importantes consecuencias en el plano ético y ético-médico El primer bien que se presenta como esencial es la vida; lo que quita la vida destruye al organismo en cuanto tal y esta es la privación más grande que se puede infligir a la persona. Sólo el bien espiritual y trascendente de la persona, el bien moral, puede justificar el riesgo de la libre privación de la vida. La vida física de una persona puede ser puesta en peligro e, indirectamente, sacrificada (la acción mortal directa es, en estos casos, obra de otros), sólo por motivos de bienes morales que conciernen a la totalidad de la persona o para la salvación de otras personas; pero incluso en estos casos hay siempre una responsabilidad de por medio por cuenta de quién determina tal pérdida y tal situación. Tal es el caso del martirio o de la defensa de los familiares propios o de los semejantes, ante un injusto agresor.

Después de la vida viene la integridad de la misma, que puede ser menoscabada sólo si lo requiere la salvaguardia de la vida física en su conjunto o un bien moral superior.

Los bienes de la vida de relación, los bienes afectivos o sociales, deben estar subordinados a los dos bienes precedentes: la vida y su integridad. Cuando se trata de una intervención quirúrgica están justificadas la hospitalización y la separación de la vida afectiva y familiar.

Pero, en cambio, no hay razón social alguna que justifique una automutilación o la esterilización, y mucho menos la supresión directa de la vida (pensemos en el caso del aborto por indicaciones sociales).

Pero también se debe tener presente que los valores de la persona están armonizados entre sí, de manera que cuando se violenta a alguno, los otros padecen igualmente con ello: la privación de la relación social repercute en la totalidad de la persona. Y es por este motivo por el que cualquier deterioro, incluso temporal, de un valor, requiere de una justificación objetiva en beneficio de un bien superior[152].

La **trascendencia de la persona**

«A todos cuantos quieren hablar aún del hombre, de su reino, de su liberación; a todos los que plantean aún preguntas sobre lo que es el hombre en su esencia; a todos los que quieren partir de él para llegar a la verdad (...], a todas esas formas de reflexión "de izquierdas e izquierdistas", no se puede oponer sino una risa filosófica»[153].

Esta expresión nos indica que la reducción del hombre a la nada —de lo cual se puede uno reír con cierta filosófica desesperación— no ha sido característica sólo

---

[125]

de la crueldad de algunos regímenes totalitarios, los de los lager y los gulag, los de la sociedad de las utilidades y del hedonismo, sino que ha invadido también al pensamiento contemporáneo que en amplios sectores se revela como nihilista y cerrado a la trascendencia.

Ante esta crisis el personalismo reivindica la trascendencia de la persona humana, como valor intangible que ontológicamente resume todos los valores del cosmos, como centro de la sociedad y de la historia.

Utilizamos aquí el término «trascendente» no en sentido absoluto, como se puede emplear respecto del Creador que, permaneciendo infinitamente distinto y diverso del mundo, lo pone en ser causativamente distinto de sí y ontológicamente dependiente de su acto creador. Bajo este aspecto Dios trasciende infinitamente también a la persona humana, aunque ésta haya sido creada, conforme afirma la Revelación cristiana, a Su imagen y semejanza.

La trascendencia de la persona humana debe ser considerada en relación con las realidades infrahumanas[1] y en relación con los intereses sociales y políticos.

Respecto de las realidades infrahumanas la persona es trascendente desde el punto de vista ontológico y axiológico: la persona, en cuanto, capacidad de auto-conciencia y autodeterminación, supera

---

[152] **SGRECCIA** E., Valori morah per la saiute deU'uomo, «Rassegna di teología», 1979, 5, pp. 390-396; AA.W., Uomo e salute, Vicenza 1979.
[153] **FOUCAULT** M., Le parole e le cose, Milán 1967, p. 368.

por novedad, nivel ontológico y valor, al mundo material; es el mundo el que cobra significado en la persona humana, la cual representa el fin del universo.

«Cuando decimos que un hombre es una persona, queremos decir que es no sólo un trozo de materia, un elemento individual de la naturaleza, a la manera de los elementos individuales en la naturaleza, como pueden ser un átomo, una espiga, una mosca o un elefante. El hombre es, ciertamente, un animal y un individuo, pero no como los demás. El hombre es un individuo que se guía por sí mismo mediante la inteligencia y la voluntad; no sólo existe físicamente, hay en él un ser más rico y más elevado, una sobre existencia espiritual en el conocimiento y en el amor. De alguna manera es, así, un todo, y no sólo una parte, un universo en sí, un microcosmos, en el que el gran universo puede, todo él, encerrarse por medio del conocimiento; mediante el amor puede darse libremente a otros seres que para él son como otros él mismo; una relación, ésta, cuyo equivalente no puede encontrarse en todo el universo físico. En términos filosóficos esto quiere decir que en la carne y en los huesos humanos hay un alma que es espíritu y que vale más que todo el universo. La persona humana, por más dependiente que sea de los más pequeños accidentes de la materia, existe por la existencia misma de su alma que domina al tiempo y a la muerte. El espíritu es la raíz de la personalidad.

Así, la noción de personalidad implica la de totalidad y de independencia; por pobre que sea y oprimida que pueda estar, una persona es como tal un todo y, en cuanto persona, subsiste de manera independiente»[154].

---

[126]

La definición de Severino Boecio: rationalis naturae individua substantia (substancia individual de naturaleza racional), aparece a los ojos de la sensibilidad existencialista contemporánea como demasiado esencialista y estática: pero hay que notar que el concepto de sustancia se debe entender en sentido dinámico: ésta es el centro de actividad, de movimiento y de tensión, particularmente en el ser vivo y en el ser vivo dotado de razón. Cuando los medievales hablaban de substancia entendían por el término

«no un sustrato estático e inerte, sino más bien la raíz primera de las actividades de algo, que, aun manteniéndose igual y la misma en cuanto a su ser sustancial, no cesa de actuar y de cambiar, mediante sus accidentes, que son una expansión de la sustancia misma en otra dimensión no sustancial al ser»[155].

Esta magnitud ontológica y de valor de la persona se manifiesta también cuando se le relaciona con la sociedad. Y en esta relación la

---

[154] **MARITAIN** J., / diritti dell'uomo e la legge morale, Milán 1977, pp. 4-5.
[155] **MARITAIN,** Metafísica e morale, en Ragione e ragioni, p. 60.

persona no debe ser considerada como una parte, ni la sociedad debe ser considerada como un «organismo viviente» (concepción organicista); es del corazón, del centro de la persona —que con todo su ser se abre hacia los demás semejantes— de donde nace la sociedad; pero mientras la persona es el origen de la sociedad, no se disuelve enteramente en lo social-temporal ni en lo político. La disolución de la persona en lo social y en lo colectivo ha representado y representa aún la más grave catástrofe de la humanidad.

No tratamos de explicar aquí el modo en que el inmanentismo, tanto en su forma idealista como en su versión materialista, al haber disuelto a la persona en el devenir historicista, justifica los absolutismos más atroces y ha puesto las premisas teóricas para la supresión física y legalizada de quienes no se identifican con un Estado o un determinado partido o con aquella parte de la sociedad que en ese momento predomina. En el fondo, no debería sorprendernos la supresión física de tantas personas por parte de otras, cuando en la historia del pensamiento moderno y en la escuela se ha eliminado el «concepto de persona» en la conciencia individual. Como decíamos al principio de este capítulo, el ejercicio de la medicina no nos pone frente a cuerpos y máquinas, sino ante personas en toda su majestad y grandeza moral; la organización social de la asistencia sanitaria no puede permitir que mientras algunas personas tienen garantizada la asistencia, a lo mejor hasta gratuita, a otras se les administre la muerte, a lo peor también hasta «asistida» (aborto, eutanasia, supresión por hambre, etcétera).

En toda persona se resume el todo del mundo y el sentido del cosmos, y se justifica la organización social y el mismo orden jurídico.

La noción misma de «bien común» no se debe entender como el promedio estadístico de los bienes pertenecientes o pertinentes a cada quien, en una concepción

---

[127]

cuantitativa de lo social; sino que el bien común se debe entender como el bien que se hace realidad en todos y cada uno de los componentes de la sociedad de forma suficiente y justa.

«El bien común de la civitas no es ni la simple colección de los bienes privados ni el bien propio de un todo que —como la especie, por ejemplo, respecto de los individuos y como el panal respecto de las abejas— fructifica sólo por sí mismo y sacrifica en beneficio suyo a las partes; es la buena vida humana de la multitud de personas, o sea de las totalidades carnales y espirituales juntamente y principalmente espirituales, aun cuando tengan que vivir con más frecuencia en la carne que en el espíritu»[156].

[156] MARITAIN, **I diritti** dell 'uomo..., p. 9.

Al principio de este capítulo hablábamos también de cómo la primacía de la persona en el universo y en la sociedad cobra una nueva y más rica dimensión, tanto como para tocar lo divino dentro de la antropología teológica en virtud del don de la vida divina y sobrenatural ofrecido gratuitamente al hombre como consecuencia de la Encarnación y de la Redención de Cristo y en virtud de la «Esperanza» cristiana de la Resurrección.

Todo tratado de bioética debe insistir primeramente en lo que es racionalmente válido para cualquier hombre, creyente o no creyente; pero no podemos ocultar esta visión, propia de una parte tan grande de creyentes, y que se puede ofrecer a todo hombre. Por esto nos complace recordar el pasaje en el que el Concilio Vaticano II habla de la dignidad del hombre en la Constitución pastoral Gaudium et Spes:

«Creyentes y no creyentes (están) prácticamente de acuerdo en considerar que todo cuanto existe sobre la tierra debe ser referido al hombre como a su centro y vértice»[157].

La persona, la salud y la enfermedad

Todo cuanto hasta aquí hemos venido apuntando acerca de la persona, revela su importancia ante la salud y la enfermedad: la salud, al igual que la enfermedad, no pueden interesar simplemente al organismo físico ni pueden definirse en un sentido puramente organicista.

Es de todos conocida la definición que da la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedades o de malestar». Esta definición supera ya los límites de una concepción organicista de la salud, porque abarca al estado

---

[128]

mental y social Sin embargo, nos parece que se puede perfeccionar y que es digna de una ulterior reflexión.

Ante todo es muy difícil concebir la salud como un hecho estático o una medida perfecta; la salud resulta más fácil de comprender si se considera como equilibrio dinámico: dentro del soma, entre los diversos órganos y las diversas funciones en la unidad del organismo; entre el soma y la psique, a nivel individual; y entre el individuo y el ambiente. Otro punto que hay que integrar en esta definición es justamente la concepción del ambiente, el cual hay que entender no sólo como ambiente social sino también ecológico, precisamente, por esa unidad de intercambio que existe entre el organismo humano y el ambiente biofísico que lo rodea.

Pero la integración más importante de la definición debe ser considerada precisamente a nivel ético, porque existe también una dimensión ética de la salud enraizada en el espíritu de! hombre y en su

---

[157] CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral «Gaudium **et** Spes», n. 12.

libertad; muchas enfermedades derivan de opciones éticas equivocadas (droga, alcoholismo, SIDA, violencia, privación de los bienes materiales, imposibilidad de acceso a los servicios de salud, etcétera). La salud, además, es .administrad por la persona como un bien de la persona misma. Incluso allí donde la enfermedad tiene un origen independiente del ethos de la persona y de sus responsabilidades, la prevención, la terapia la rehabilitación implican la voluntad y la liberta del sujeto, así como la responsabilidad de la comunidad; y cuando se habla de responsabilidad se está implicando la dimensión ética.

Por otra parte, el «modo» como el enfermo enfrenta la enfermedad o como el ciudadano administra la salud está influido por el marco de los valores ético-religiosos de la persona. Esta es la razón por la queja, labor del médico con el enfermo no termina cuando le ha aplicado su terapia física, sino que le debe "ofrecer también (cosa, por lo demás, que los códigos deontológicos recuerdan) la asistencia humana de orden moral.

Desde este punto de vista, así es como se justifica también la presencia del «asistente religioso» en los hospitales, no sólo en nombre del principio de la libertad religiosa, sino incluso como agente sanitario, porque esa presencia, en el respeto a la libertad de cada uno, incide en el estado moral del enfermo.

Finalmente, la educación sanitaria encaminada a mantener la salud como equilibrio y a prevenir las enfermedades, se apoya enteramente en una premisa ética de responsabilidad: de la comunidad que instruye y educa, y del ciudadano que se compromete a usar los medios para mantener el bien de la salud para sí y para los demás[158].

---

[129]

Por consiguiente, son cuatro las dimensiones de la salud que se entrelazan entre sí y se compenetran: la dimensión orgánica, la dimensión psíquica y mental, la dimensión ecológico-social y la dimensión ética.. Y otras tantas son las dimensiones que provocan la enfermedad o la configuran.

Habría que ilustrar cada una de ellas, pues cada una tiene su propia historia: las enfermedades orgánicas han sido las que desde los orígenes de la humanidad han sido estudiadas en sus causas; las enfermedades psíquicas y mentales (la psiquiatría y la psicopatologia) fueron objeto de una atención posterior; mientras que data de tiempo mucho más reciente la atención prestada al componente socio-ambiental,

---

[158] 38 De la Constitución de la Organización Mundial de la Salud; Haring B., Liben e fedeli in Cristo, ni, Roma 1980; Burani G., II passaggio dalia assistenza sanitaria alia tutela della salute, Brezzo di Bedero 1985; S**GRECCIA** E., Uomo e salute, «Anime e Corpi», 1980, 91, pp. 419-444; **ID.,** Salute e salvezza cristiana nel contesto della educazione sanitaria, «Medicina e Morale», 1982, 3, pp. 284-302; S**PINSANTI** S., L'etica cristiana della malattia, Roma 1981; H**ÀRING** B., Proclamare la salvezza e guarire i malati, Acquaviva delle Fonti 1984; G**RMEK** M.D., Le malattie
all'alba della civiltà occidentale, Bolonia 1985.

al hablarse con creciente interés y cada vez con una alarma mayor de la degradación de la ecología como factor que amenaza a la salud en cuanto a un gran número de enfermedades e incluso a las condiciones esenciales de la vida. Tal vez el humanismo contemporáneo desarrollará cada vez más esta dimensión de la responsabilidad del hombre sobre el equilibrio del cosmos, en proporción con el aumento de las capacidades de dominio tecnológico que el hombre ejerce sobre el ambiente.

Todo lo dicho hasta ahora no quiere decir que haya que atribuir siempre el «origen» de cada una de las enfermedades a la coincidencia de los diferentes componentes, sino que el equilibrio general y en conjunto de la salud los implica a todos; y que, en cualquier caso, prevención, cuidados y rehabilitación, cuidado del ambiente y educación sanitaria, capacidad de reacción y de colaboración en el momento de la enfermedad, todo ello implica una dimensión ética de gran alcance tanto a nivel personal como a nivel social: queremos decir, sobre todo, que los conceptos mismos de salud y enfermedad deben ser referidos a toda la persona.

Para concluir este capítulo, me complace hacerlo con una reflexión de R. Guardini:

«La existencia humana está construida hacia arriba y hacia abajo por grados, mediante diversos niveles de rango. No obstante, el desarrollo primero de un grado depende del hecho de que el grado inmediatamente superior, independiente de los demás y sustraído a su alcance, le saiga al encuentro por iniciativa propia.

Así, por ejemplo, la salud física no se identifica ciertamente con el recto comportamiento; sin embargo, la garantía última de la salud corporal estriba en el hecho de que el mundo moral, el cual está por encima del ámbito orgánico, esté bien ordenado. Pero esto, si se considera desde el punto de vista del ámbito inferior, es una gracia»[159].

---

[130]
BIBLIOGRAFIA

AA.VV *Antropologia biblica e morale,* Dehoniane, Nâpoles 1972.

—,*Uomo e salute,* Ed. del Rezzara, Vicenza 1979.

—,*Uomo-Donna. Progetto di vita,* CIF-UECI, Roma 1985.

—,*Persona, verità e morale,* Città Nuova, Roma 1987.

—,*Persone e personalismo,* Gregoriana, Roma 1992.

ACQUA VIVA S., *In principio era il corpo,* Boria, Roma 1977.

AGAZZI E. (coord.), *Storia delle scienze,* Città Nuova, Roma 1984.

AGUSTÌN, SAN, *Confesiones,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1986.

[159] GUARDINI R., Fede, religione, esperienza, Brescia 1984, p. 163.

ALLPORT G.W., *Personality: a psychological interprétation,* Holt, Nueva York 1937.
AMATO S., *Sessualità e corporeità. I limiti dell'identificazione giuridica,* Giuffrè, Milan 1985.
AROYLE M., *Il corpo e il suo linguaggio,* Zanichelli, Bolonia 1982.
ASHLEY B.M., *Théologies of the body: humanist and Christian,* The Pope John Center, Braintree (MA) 1985.
BABOLIN A., *Essere e alterità in M. Buber,* Gregoriana, Padua 1965.
BAUMGÀRTEL F., MEYER R., SCHWEISER E., voz *Sarx,* en *Grande Lessico del Nuovo Testamento,* xi, Paideia, Brescia 1976, 1265-1398.
BAUSOLA A., *Natura e progetto d'uomo,* Vita e Pensiero, Milan 1977.
BLONDEL M., *Le problème de l'immortalité de l'âme,* «Suppl de la vie spirituelle», 1939, 61, 1-15.
BRUAIRE C, *Filosofia del corpo,* Paoline, Milan 1975. BUBER M., *Werke,* Munich 1962.
BURANI G., II *passaggio dalla assistenza sanitaria alla tutela della salute, Salcom,* Brezzo di Bedero 1985.
CAFFARRA C, *Morale personale,* en AA.VV., *Persona umana e medicina.* Ospedale Miulli, Acquaviva di Fonti 1985, pp. 45-55.
CALLIERI B., *Antropologia e psichiatria: dall'oggettività del «caso» alla esperienza di rapporto e di incontro con la persona,* «Medicina e Morale», 1983, 2, 180-188.
CAMUS A., *El mito de Sisifo,* Alianza Editorial, Madrid 1980.
CHIARELLI B., *Perchè insegno antropologia,* «Problemi di Bioetica», 1988, 1, 61-69.
COCCIO A., *Il problema dell'immortalità dell'anima nella Summa Theologica di S. Tommaso d'Aquino,* «Rivista di Filosofia Neoscolastica», 1946, xxxvm, 298-306.
CONCILIO VATICANO II, *Constitución pastoral «Gaudium et Spes»,* nn. 12-22, en *Documentas del Vaticano II,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1975[29], pp. 207-218.

---

[131]

CREMASCHI S., II *concetto di eros in «Le Deuxième Sexe» di Simone de Beauvoir,* en MELCHIORRE V. (coord.), *Amore e matrimonio nel pensiero filosofico e teologico moderno,* Vita e Pensiero, Milán 1976, pp. 296-316.
Chi è l'uomo? Il rapporto tra l'anima e il corpo (Editorial), «La Civiltà Cattolica», 1991, 1, 109-120.
D'AGOSTINO F., *Promozione e alienazione della persona nell'epoca postmoderna,* «Riv. di Teologia Morale», 1989, 4, 37-41.
Dì RAIMONDO F., *Medicina e promozione umana: didattica, ricerca, assistenza,* «Medicina e Morale», 1976, 1-2, 115-132.
ECCLES J., ROBINSON D., *La meravìglia di essere umano,* Armando, Roma 1985.

FAGONE V., *Il problema dell'inizio della vita del soggetto umano,* en FIORI A., SGRECCIA E. (coord.), *Aborto. Riflessioni dì studiosi cattolici,* Vita e Pensiero, Milán 1975, pp. 149-179.
FOUCAULT M., *Las palabras y las cosas,* Siglo XXI, México 1981.
GEVAERT J., II *problema dell'uomo,* LDC, Leumann (To), 1984.
GIANNINI G., II *problema antropologico,* Roma 1965.
GIUNCHEDI F., *Etica e scienze umane,* Dehoniane, Ñapóles 1985.
GIUSTINIANI P., *Antropologia filosofica,* Piemme, Casale Monferrato 1991.
GOFFI T.. PIANA G. (coord.), *Corso di morale: II. Diakonia (etica della persona),* Que-riniana, Brescia 1983.
GRASSO P.G., voz *Personalità,* en AA.VV., *Dizionario Enciclopedico Pedagogico,* in, Turin 1959, pp. 680-682.
GREGORIO DE NIZA, *L'uomo,* Città Nuova, Roma 1982.
GRMEK M.D., *Le malattie all'alba dèlia civiltà occidentale,* Il Mulino, Bolonia 1985. GUARDINI R., *Fede, religione, esperienza,-Bvtscia* 1984, p. 163.
HARING B., *Liberi e fedeli in Cristo,* in, Paolino, Roma 1980 (trad. esp., *Libertad y fidelidad en Cristo,* 3, Herder, Barcelona 1983).
—, Proclamare la salvezza e guarire i malati, Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti 1984.
HEALY J., *The Christian notion of person and the comatose patient,* «Linacre Quar-terly», 1989, 3, 76-90.
JÜLIF J.Y., *Comprendre l'homme: introduction à une anthropologie philosophique,* París 1967.
JUAN PABLO H, *Teologia del corpo,* Paoline, Roma 1982.
KESSELRING A., *Unser Kórper, der grosse Unbekannte,* «Pflege», 1990, 1, 4-12. KLEINKNECHT H., VOZ *Pneuma,* en *Grande Lessico del Nuovo Testamento,* x, Paideia, Brescia 1975, 767-849. LAÍN ENTRALGO P., *Antropologia medica,* Paoline, Milán 1988.
LEDER R., *Medicine and paradigms of embodiment,* «J. Medicai Philosophy», 1984, 1, 29-43.

---

[132]
LocATELLi F *Alcune note sulla dimostrazione dell'immortalità dell'anima in S. Tommaso* «Rivista di Filosofia neoscolastica», 1941, XXXHI, 413-418.
LUYTEN N *Das Leib-Seele Problem in philosophischer Licht,* en *ordo Rerum,* Friburgo 1989, pp. 285-287.
MAC KENZIE M.M., *Plato's moral theory,* «J. Med. Ethics», 1985, II, 88-91.
MAFFEI S , *La voce e il corpo,* en GARGANI A.G. (coord.), *Il destino dell'uomo nella società post-industriale,* Laterza, Roma 1987, pp. 141-158.
MALHERBE J-F., *Médecine, anthropologic et éthique,* «Médecine de l'Homme», 1985, 156/157, 5-12.
MARCEL G, *Journal de Métaphisique,* Paris 1927, p. 252.
—,Etre et avoir, Aubier, Paris 1935.
—, Du refus à Vinvocation, Gallimard, Paris 1940

—, *Homo viator,* París 1944.

—, *L'homme problématique,* Aubier, Paris 1965.

MARITAIN J., *De Bergson à St. Thomas d'Aquin,* Hartmann, Neuchàtel-Paris 1947.

—, *Umanesimo integrale,* Boria, Roma 1980.

—, *Metafisica e morale,* en *Ragione e ragioni,* Vita e Pensiero, Milán 1982, p. 91.

—, *L'immortalità dell'anima,* en *Ragione e ragioni,* Vita e Pensiero, Milán 1982.

MAZZANTINI G., *Storia del pensiero antico,* Bottega d'Erasmo, Turin 1965.

MCINERNY V., *Aquins's moral theory,* «J. Med. Ethics», 1987, 13, 31-33.

MELCHIORRE V., *Essere e parola. Idee per una antropologia metafisica,* Vita e Pensiero, Milán 1984.

—, *Il corpo, La.* Scuola, Brescia 1984.

MERLEAU-PONTY M., *La struttura del comportamento,* Bompiani, Milán 1963.

—, *Fenomenologia della percezione,* Il Saggiatore, Milán 1965.

—, *Il corpo vissuto,* Il Saggiatore, Milán 1979.

MOHANTY J.N., *Intentionality and the mind/body problem,* en SPICKER S.F. (ed.), *Organism, medicine, and metaphysics,* Reidei, Dordrecht 1978, 7, pp. 283-303.

MONDIN B., *L'uomo: chi è? Elementi di antropologia filosofica,* Massimo, Milán 1982.

MORGANTE G., *Umanizzazione della medicina,* «Medicina e Morale», 1984, 3, 322-327.

—, *Aspetti istituzionali della umanizzazione della medicina oggi,* «Medicina e Morale», 1987, 1/2, 29-45.

MORK W., *Linee di antropologia biblica,* Ed. Esperienze, Fossano 1971

MOROWITZ H, *The mind body problem and the second law of thermodynamics,* «Biology and Philosophy», 1987, 2, 271-275.

MOUNIER E., *El personalismo,* Buho, Bogotá 1984.

MOUROUX J., *Sens chrétien de l'homme,* Aubier, Paris 1945.

---

[133]

NEBULONI R., *Crisi dell'eros della civiltà nel pensiero di H. Marcuse,* en MELCHIORRE V. (coord.), *Amore e matrimonio nel pensiero filosofico e teologico moderno,* Vita e Pensiero, Milán 1976, pp. 319-344.

NEPI P., *Il corpo come esperienza morale in Merleau-Ponty,* en CRIPPA R. (coord.), *Corpo e cosmo nell'esperienza morale,* Paideia, Brescia 1987, pp. 293-305.

NUYENS F., *L'évolution de la psychologie d'Aristote,* Lovaina 1948.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Constitución,* 1948.

PARFIT D., *Reasons and persons,* Oxford University Press, Oxford 1984.

PASINI M., *Corpo e cosmo: dalla ricerca delle origini alla misura,* en CRIPPA R. (coord.), *Corpo e cosmo nell'esperienza morale,* Paideia, Brescia 1987, pp. 225-241.
PERICO G., *Diritti del malato e umanizzazione della medicina,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992, pp. 43-64.
PLUGGE II., *Der Mensch und sein Leib,* Tubinga 1967.
POPPER K., ECCLES J., *L'uomo e il suo cervello,* 3 vols., Armando, Roma 1982. PRINI P,, II *corpo che siamo. Introduzione all'antropologia etica,* SEI, 'l'urin 1990. RAHNER K., GÒRRES A., II *corpo nel piano della redenzione,* Queriniana, Brescia 1969. RAMSEY J.T., *Freedom and immortality,* Londres 1971.
RANZI S., *Il corpo come preistoria e progetto,* en CRIA R. (coord.), *Corpo e cosmo nell'esperienza morale,* Paideia, Brescia 1987, pp. 75-97.
REALE G., ANTISERI D., *Il pensiero occidentale dalle origini ad oggi,* La Scuola, Brescia 1983.
RIGOBELLO A. (coord.), *Il personalismo,* Città Nuova, Roma 1978.
ROA RESOLLEDO A., *Investigación científica biomédica: fundamentos éticos y antropológicos,* en AA.VV., *Problemas contemporáneos en bioética,* Universidad Católica de Chile, Santiago 1990, pp. 47-66.
ROCCHETTA C, *Per una teologia della corporeità,* Ed. Camilliane, Turín 1990.
ROMANINI A., *// problema umano della malattia e l'assitenza ospedaliera,* «Medicina e Morale», 1976, 1/2, 140-147.
ROSELLI A., *La medicina e le scienze della vita,* en AGAZZI E. (coord.), *Storia delle scienze,* i, Città Nuova, Roma 1984, pp. 93-113.
SARANO I., *Significato del corpo,* Paoline, Milán 1975.
SCHELER M., *Philosophische Weltanschauung,* Bonn 1929.
—, Nature et formes de sympatie, Paris 1950, p. 187.
SCHOCKENHOFF E., *Die Würde des Menschen und seine biologische Natur,* «Stimmen der Zeit», 1990, 12, 805-815.
SCHOOONENBERG P., *Je crois à la vie eternelle,* «Concilium», 1969, 5, 91ss.
SCHULZ W., *Le nuove vie della filosofia contemporanea. Corporeità,* Marietti, Milán 1988.
SCOLA A., *Antropologia, etica e scienza,* en PONTIFICIO ISTITUTO GIOVANNI PAOLO II, *Corso dì bioetica* (1,2,3/15,16,17 de febrero de 1985), Pont. Univ. Lateranense, Roma 1985, pp. 1-16.

---

[134]

SGRECCIA E *Valori morali per la salute dell'uomo,* «Rassegna di teologia», 1979, 5, 390-396
—,*Uomo e salute,* «Anime e Corpi», 1980, 91, 419-444.
—,*Salute e salvezza cristiana nel contesto dell'educazione sanitaria,* «Medicina e Morale», 1982, 3, 267-270.

—,*Non archiviare l'impegno per la umanizzazione della medicina* (Editorial), «Medicina e Morale», 1986, 2, 267-270.

SINI C, *Simbolicità e storicità del corpo,* en CRIA R. (coord.), *Corpo e cosmo nell'esperienza morale,* Paideia, Brescia 1987, pp. 99-117.

SPINSANTI S., *L'etica cristiana della malattia,* Roma 1981.

—, Il *corpo nella cultura contemporanea,* Queriniana, Brescia 1983.

SQUARISE C, VOZ *Corpo,* en *Dizionario Enciclopedico di teologia morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 149-166.

TANCREDI O., *Vissuto corporeo e malattia: considerazioni psicologiche,* en CATTORINI P. (coord.), *Leggere il corpo malato,* Liviana, Padua 1989, pp. 47-55.

TETTAMANZI D., *La corporeità umana. Dimensioni antropologiche e teologiche,* «Medicina e Morale», 1989, 4, 677-701.

TOMÁS DE AQUINO, STO., *Summa Theologiae,* i, q. 75, 76, 90.

—, *Quaestiones disputatae: De spiritualibus creaturis,* arts. 2 y 9.

—, *De anima,* arts. 2 y 3.

—, *Summa contra Gentiles,* caps. 55, 56, 57.

VALADIER P., *Il problema dell'uomo personale nella filosofia politica contemporanea,* en AA.VV., *Persona e personalismi,* Dehoniane, Napóles 1987, pp. 415-429.

VANNI ROVIGIII S., *Elementi di filosofia,* m, La Scuola, Brescia 1963, pp. 157-183.

—, *L'antropologia filosofica di S. Tommaso d'Aquino,* Vita e Pensiero, Milán 1965.

VERONESE S., *Corporeità e amore,* Città Nuova, Roma 1986.

VIDAL M., *L'atteggiamento morale. Etica della persona,* Cittadella, Asís 1979.

ZAMBONI G., *La persona umana,* Vita e Pensiero, Milán 1983.

ZANER R., *Ontology and the body: a reflection,* en SPICKER S.F. (ed.), *Organìsm, medicine and metaphysics,* Reidei, Dordrecht 1978, 7, pp. 263-283.

ZUBIRI X., *Il problema dell'uomo,* Augustinus, Palermo 1985.

---

[135]

CAPÍTULO 5
La bioética y sus principios

La ética como vida y como ciencia

Dentro del estudio de la antropología, se ha de distinguir ante todo entre vida ética, «ethos» y ética[160]. Entendemos por vida ética la tendencia o tensión propia del hombre a realizar el bien o los valores; por «ethos» entendemos el comportamiento efectivo, sociológicamente observable en esa cultura que el hombre ha realizado o intentado realizar, en orden a determinados valores; la ética o filosofía moral es la ciencia de lo que el hombre debe hacer, de los valores que debe realizar[161].

Podemos adoptar, así, las siguientes definiciones explicativas:

La ética es la ciencia del comportamiento humano en relación con los valores, con los principios y con las normas morales.

La ética descriptiva («ethos») es el examen de las costumbres y de los comportamientos relacionados con los valores, principios y normas morales de una población determinada o de varias poblaciones en general, o sobre un hecho preciso (matrimonio, aborto, robo, etcétera).

La ética normativa es la disciplina que estudia los valores, principios y normas de comportamiento en relación con lo que es lícito o ilícito (bien/mal) y que busca sus fundamentos y justificaciones. Dentro de la ética normativa, se distingue a su vez entre la ética general —que se ocupa de los fundamentos, de los valores, de los principios y de las normas— y la ética especial, que trata de la aplicación de tales principios, normas y valores en campos específicos, por ejemplo, en el sector de la economía (ética económica), el de la política (ética política), el ámbito de las profesiones (ética profesional), etcétera; mientras que, como dijimos en el capítulo

---

[136]

primero, la bioética considera el campo de las ciencias de la vida y de la salud. La bioética se presenta como una ética especial, pero que ha desarrollado también una parte de fundamentación, la cual se remite a la

---

[160] En la actualidad se habla también de etología para referirse a la ciencia que estudia los comportamientos de los animales confrontándolos con los del hombre, frecuentemente con intención de subrayar y enfatizar las semejanzas.

[161] La filosofía tomista define el objeto de la ética de la siguiente manera: el sujeto de la filosofía moral es la operación humana ordenada a un fin, o bien, el hombre en cuanto que actúa voluntariamente en función de un fin. Véase STO. TOMÁS DE AQUINO, Sententia libri Ethicorum Aristotelis, iib. i, lectio 1, 3. Cfr. VANNI ROVIGHI, Elementi di filosofía, III, pp. 189-191.

ética general y que hemos llamado meta bioética, porque profundiza en los fundamentos últimos y metafísicos de la bioética misma.

El tener que ceñirnos a nuestro tema, por razones de espacio, nos impide ocuparnos de la sociología del «ethos» humano entre los diversos pueblos, en las diferentes épocas de su civilización o en relación con hechos o valores aislados, como el suicidio, la eutanasia o el matrimonio; los citaremos, no obstante, en relación con cada uno de los problemas, y en la medida indispensable para la comprensión del juicio de valor y dentro de la ciencia ética.

Pero es necesario decir algo sobre la vida ética, cuando ésta se entiende como fuente primaria de una tensión de la persona humana hacia el bien y hacia los valores que lo encarnan. Retomamos así el tema de la vida y consideramos la eticidad no como un calificativo exterior a las acciones humanas, sino como una exigencia ineludible de la vida humana presente en todas las acciones del hombre en cuanto tal. Razonar sobre la vida ética quiere decir, por otra parte, tratar la ética en cuanto ciencia.

Hay en el hombre un impulso irrefrenable, que se podría definir como «tendencia incontenible» del ser humano hacia la realización de un «ser más», que se llama voluntad y que se llena de contenidos de diverso matiz: deseo, aspiración, gozo, esfuerzo, acción y deber, movimiento hacia la plenitud y el encuentro con los demás, conquista de las cosas y «proyectualidad»[162]. La voluntad es la facultad del espíritu humano naturalmente operativa, que expresa esta tensión del acto; como el intelecto se abre a lo real y a sus propios semejantes con un impulso necesario e incesante a conocer, así la voluntad se abre al bien presente en la realidad de las cosas y en las personas. Un hombre, tal como es llevado al conocimiento intelectivo, en cuanto se lo permite el desarrollo psicológico y en cuanto que trata de vincular conocimientos y conceptos en un orden interpretativo de la realidad, tiende con la voluntad a expresarse en la acción fijándose fines e itinerarios, para expresar su propio ser y saciarse con esta experiencia en cuyo vértice está el contenido de la palabra Bien, contenido que puede ser aceptado, frustrado o desmentido, pero que siempre está presente.

Lo que ha fascinado a la mente de tantos pensadores, místicos, hombres de acción y forjadores de la realidad, es también experiencia cotidiana e inmediata de todo ser humano, de cualquier persona: el Bien buscado en las realidades contingentes e insuficientes, con acciones que realizan el bien sólo en parte, dejando una sensación de insatisfacción.

---

[137]

Hagamos sólo algunas observaciones sobre la voluntad humana como fuente de la vida ética.

[162] CAPOGRASSI G., en Introduzione alia vita etica, Roma 1986, hace una descripción meditada de la vida ética y «política» en un lenguaje apasionado y casi poético.

Ante todo, debemos hacer notar esa constante desproporción existente entre lamida y la voluntad, la acción y el fin último, que a fin descuentas es el. Bien: toda acción humana sólo parcialmente expresa a su fuente, incluso cuando el querer es intenso y participativo. Del mismo modo que la voluntad no expresa iodo el ser personal del hombre, sino sólo su tensión operativa, así las acciones aisladas no agotan el querer humano ni alcanzan el fin total. Siempre hay un «trascender» a la acción por parte de la voluntad, esa desproporción entre las acciones aisladas y el fin último de la vida que trasciende a los fines particulares.

Este hecho, que no podemos detenernos a desarrollar[163], confirma simplemente y como conclusión que el ser o la vida está antes que el querer y antes que el hacer, y significa también que el ser personal del hombre está abierto definitivamente hacia un bien que las metas aisladas no logran nunca hacer realidad.

La vida como fuente es más rica que el río de sus acciones; y la meta, el fin último, trasciende siempre a cada paso que se da, porque los fines particulares no realizan el fin último, que es el Bien pura y simplemente, la plenitud de la felicidad. Esto significa que, si una persona puede privarse de un bien particular, no puede ser privada ni privarse del Bien último.

Otra observación que debemos recordar es que la voluntad, aunque necesitada, abierta e incitada al Bien, sigue siendo libre en cuanto a los bienes particulares.

Precisamente en virtud de esta insaciable apertura del ser humano, la voluntad no puede dejar de abrirse al querer, incluso en el estado de quietud de la acción. Hasta cuando ansia recibir (también el recibir es actividad); incluso cuando se ve forzada a reprimir su tensión, la voluntad aspira a un bien y sigue estando abierta a la acción. También el suicidio es una acción, aunque sea negativa. Al mismo tiempo la voluntad, precisamente porque está abierta al Bien sin limitaciones, y en todo bien particular no llega nunca al fondo y no capta nunca plenamente el todo, permanece libre de todo objetivo particular y sigue siendo en cualquier caso auto determinante.

La libertad es una experiencia profunda de todos los seres humanos, como facultad de posesión reflejada en el propio acto, puesto que en ningún acto la voluntad se vuelca enteramente, al saber que puede quererlo o no. Incluso en el caso de la coacción física externa o de un impulso interior que prorrumpe al exterior, el hombre consciente sabe que el acto es ejecutado desde el interior y que

---

[163] Para ahondar en los temas de este capítulo, véanse, entre las obras más cercanas a nosotros: V**ANNI** R**OVIGHI,** Elementi di filosofía, m, pp. 189-243; M**ARITAIN,** Neuf lecons...; G**EVAERT, Il** problema dell'uomo, pp. 147-190; D**E** F**INANCE** J., L'ontologia della persona e della liberta in Maritain, en A**A.**V**V.,** Jacques Maritain oggi, Milán 1983; B**AUSOLA** A., Natura e progetto dell'uomo, Milán 1977; R**ICOEUR** P., Philosophie de la volonté, i: Le volontaire et l'involontaire, Paris 1949, pp. 37-81.

[138]
permanece **en** posesión de quien lo ejecuta; como la vida es principio que procede desde dentro así la libertad es autodeterminación, y tanto el pensamiento como la libertad representan las expresiones más altas y el vértice de la dignidad del hombre Pero el pensamiento y la libertad que distinguen al espíritu humano suponen la vida que expresan, de la cual les viene la fuerza y el origen. La vida **se** expresa en la libertad, pero es supuesta por la misma libertad. Veremos que este hecho tiene una gran importancia en bioética.

Hay que hacer una observación más, implícita ya en lo que venimos diciendo.

La voluntad nace de la profundidad de la vida humana, de ser hum**ano** de forma distinta al intelecto; el intelecto vive para conocer, la voluntad expresa su vitalidad en la acción; el intelecto recoge verdades parciales pero aspira a la Verdad total; la voluntad se expresa con acciones particulares para, alcanzar bienes particulares, pero aspira, al Bien pleno. A pesar de esta distinción, que parecería hacer pensar en un paralelismo de pensamiento-acción, hay sin embargo una vivísima relación recíproca no sólo en la unidad del mismo espíritu, sino también en la unidad deja acción. El bien como meta, de la actividad es, efectivamente, descubierto y propuesto por la inteligencia tanto en su momento intuitivo, como en su momento de raciocinio reflejo. Por esto el bien verdadero nunca puede separársele la verdad. La primera síntesis que califica a una acción como moral viene dada por esta coincidencia entre verdad y bien; sólo cuando la voluntad realiza con la acción lo que está verdaderamente bien, es cuando una acción es moralmente válida y constructiva para el ser humano.

Esta intervención de la inteligencia sobre la voluntad o al guiar la acción, es una forma de conocimiento de valoración en orden al bien, un grado distinto de conocimiento respecto de la contemplación teórica o especulativa[164]. La luz que el intelecto proyecta sobré los fines de la acción y sobre los medios, así como sobre la congruencia entre unos y otros, es un saber «sapiencial» que reside en la inteligencia valorativa y prudencial, **en** esa capacidad que se adquiere con el esfuerzo y el rigor mental, con la honestidad intelectual, llamada por Santo Tomás (siguiendo a Aristóteles) virtud de la prudencia, calificándola como auriga virtutum, guía o conductora de las demás virtudes[165].

Por otro lado, la voluntad, sigue siendo libre aun respecto de esta indicación imperativo-valorativa que proporciona la iluminación del intelecto, precisamente porque cada bien particular no realiza

[164] Es lo que Maritain puntualiza en la reflexión sobre los «grados del saber». El saber moral se sitúa de manera distinta, pero no separada, respecto del saber teórico o científico.

[165] V**ANNI** R**OVIGHI,** Elementi di filosofía, m, pp. 223-230; B**AUSOLA** A., Liberta e responsabilitá, Milán 1980.

enteramente ex toto et ex omni parte (ni enteramente ni en parte) el Bien total; y la Inteligencia valorativa puede perder

---

[139]
la percepción precisa de la vinculación, en ese preciso momento, de un fin particular o de un bien particular con el fin completo y con el Bien Sumo.

Cuanto más pesan sobre la persona la corporeidad con sus requerimientos y la sociedad con sus presiones culturales, tanto más puede el intelecto perder la verdad del acto y la «rectitud» de su relación con el Bien que hay que hacer. Mantener la visión clara y recta del bien en cada una de las acciones requiere de una unidad profunda de la persona humana, de armonía en su interior, de libertad ante las tentaciones egoístas e interesadas y ante las ideologías al uso, dotes todas ellas «éticas» y propias de personalidades clarividentes en su interior, maduras y conscientes respecto del ambiente. Por esto Santo Tomás apela también a otras virtudes que deberán acompañar a esta actividad de valoración y a la «eticidad» de la acción: la fortaleza, para realizar el bien difícil de alcanzar puesto en juego; la justicia, al considerar los bienes que se deben evaluar equitativamente en relación con las personas a las que nuestra acción concierne, y la templanza, que domina el carácter instintivo de los afectos e intereses individuales y de las presiones sociales y ambientales.

El cristianismo —con las verdades referentes al pecado original, que inclina al individuo al egoísmo subrepticia e instintivamente, y con el don de la Gracia redentora, que restablece la armonía en el interior de la persona— ilumina y sostiene profundamente el «esfuerzo de ser>, de ese ser con rectitud que es propio de toda persona humana.

Hay que añadir también que en esta compleja relación entre la voluntad y la inteligencia en la encarnación corporal e histórica del hombre, puede que la voluntad se revierta sobre la inteligencia; reversión que puede ser positiva —al hacer más fascinante y vinculante la verdad cuando se ha encarnado, aunque sea dificultosamente, en la acción buena—; o puede volverse agravante, cuando el peso de la experiencia negativa logra oscurecer la verdad o trastocarla.

Entonces el mal se vuelve, diríamos, totalizante en la persona, cuando no sólo se actúa contra la verdad mental clarificada, sino que se llega incluso a llamar verdadero a lo que no es verdad; es decir, cuando al mal se añade la falsedad.

Aquí parece obligado detenernos para subrayar el concepto de responsabilidad y poner en evidencia particularmente el valor de la responsabilidad del científico y del médico.

No hay acto libre que no comporte una responsabilidad; y estamos hablando ahora de responsabilidad moral, puesto que en ocasiones se configura también la responsabilidad jurídica. El término responsabilidad

implica a su vez el concepto de «valoración» (rem ponderare, sopesar una cosa) de los bienes en cuestión ante la elección libre, e implica igualmente la exigencia de «tener que responder» (responderé) ante la conciencia.

---

[140]

La conciencia representa el estar consciente del valor ético de una determinada acción es el lugar y el momento en que se resalta la conveniencia o inconveniencia del acto en el marco de referencia moral propio del sujeto y presente en el sujeto. No se trata de un sentimiento ni de una emoción, aun cuando tales reacciones intrasubjetivas pueden ser concomitantes; se trata de un juicio de la razón en relación con la idea del bien y del mal, juicio referido al hecho concreto llevado a cabo por el sujeto que juzga, o por otros.

Podemos definir a la conciencia como la actitud y el acto de conocimiento y de discernimiento que tiene por finalidad la evaluación de las acciones morales. Por tanto el objeto del juicio de conciencia es la acción humana, la cual es evaluada en relación con los valores, con los principios y con las normas morales.

La conciencia representa el tribunal interior y próximo del acto moral, y cuanto más verdadero y comprehensivo en la evaluación sea este juicio, más objetivo y válido será el juicio moral; y cuanto más ofuscado o trastornado esté tal juicio, o cuanto más carezca de la información necesaria, tanto más falaz o erróneo podrá ser dicho juicio. Es bajo este aspecto de correspondencia objetiva del acto con el fin bueno, cuando se habla de conciencia verdadera o errónea.

En cambio, desde el punto de vista del grado de seguridad con que la consciencia percibe el valor moral del acto, se habla de conciencia cierta, dudosa o perpleja.

El hombre puede errar de buena fe, con conciencia errónea, pero cierta; en este caso sigue habiendo obligación de hacer todo lo posible en proporción con las realidades que están en cuestión y en relación con las propias posibilidades, a fin de que la conciencia cierta sea también verdadera, esto es, que el juicio subjetivo corresponda al dato objetivo; y, por tanto, subsiste la obligación de la formación moral tanto más comprometida cuanto mayores son los bienes puestos en juego.

Se distingue también entre conciencia recta o no recta, o mala, en relación con la coherencia entre el dictamen de la conciencia y el comportamiento consciente: se dice que alguien actúa con mala conciencia cuando, llevando a cabo una acción determinada, sabe que no se está comportando rectamente y, a pesar de ello, efectúa tal acción y hasta la defiende como buena.

La obligación moral consiste en actuar según la conciencia, pero también en formarse una conciencia verdadera, recta y cierta.

Acabamos de decir que no es posible separar el acto humano libre y consciente del juicio ético y, por consiguiente, de la responsabilidad,

porque todo acto libre tiene un contenido: es actuar por alguna cosa y sobre alguna cosa o en dirección de algo; y este actuar puede ser conforme o no conforme (pero nunca objetivamente indiferente o nulo) en orden a la persona que lo lleva a cabo y en orden a los seres que son sus destinatarios. Conscientes o no, siempre somos responsables

---

[141]

de lo que hacemos. El estar o no consciente de algo puede hacer, moral o jurídicamente, más o menos imputables las acciones en el sujeto que las ejecuta, pero siguen persistiendo su peso y su responsabilidad objetiva. Se puede matar a una persona inadvertidamente y, por esto, de manera inconsciente y no imputable, pero en realidad la persona está muerta desde el punto de vista objetivo; y el vacío que tal muerte acarrea sigue siendo objetivamente evaluable y grave. Esto es tan cierto, que todos estamos obligados a poner la máxima atención en que se haga el bien y se evite el mal, y para que se reduzca al mínimo el margen de error en proporción con el bien en cuestión. Concebir una libertad sin responsabilidad es un juego, un juego existencial, que decapita y deshonra al mismo tiempo a la razón y a la libertad.

Moral objetiva y moral subjetiva

El especialista en bioética, y más aún el educador, siempre deberán tener presentes dos exigencias de orden metodológico: se habrá de distinguir entre el valor objetivo de una acción y el momento subjetivo en el que esa acción se concibe y se decide en la interioridad del sujeto; además, deberá subrayar la obligación moral de adecuar el juicio subjetivo, o la orientación interior, al valor objetivo de la acción misma': es en virtud de esta, obligación, como se garantiza la unicidad de la moralidad del acto,.

La elaboración del juicio acerca del valor objetivo de una determinada acción es fruto de un proceso de conocimiento, que puede tener diversos grados de certeza y diversas modalidades de comprensión: primero puede manifestarse como una reacción mental inmediata y pre consciente, casi por «connaturalidad», como dice J. Maritain[166], y luego puede volverse conocimiento consciente y reflejo; mientras que otras veces podrá continuar estando atenazado por la duda. Este juicio sobre el valor objetivo de la acción supone la confrontación con la norma o ley, que explícita la objetividad de los valores y de su jerarquía; esta ley puede ser la ley natural inscrita en la conciencia del hombre, que se puede conocer por connaturalidad en su primer nivel de conciencia y explicitarse sucesivamente por la razón, motivo por el cual se ha definido también como norma racional.

---

[166] **MARITAIN,** Nove lezioni sulla legge naturale, Milán 1985.

En la filosofía personalista de inspiración cristiana, la ley natural se concibe como un reflejo de la ley eterna, que es el orden mismo de la realidad tal como está en la mente del Creador, el cual, creando y ordenando la realidad, fundamentó su valor y ordenó sus valores.

El sujeto puede estar consciente o no de la existencia del Creador (la cual es teóricamente accesible a la razón, aunque a veces pueda ser ignorada de hecho);

---

[142]

pero de todos modos con su propia consciencia puede llegar, siguiendo la progresiva gradualidad de la que hemos hablado, a ser consciente de la norma natural o racional y a formular su juicio sobre la acción concreta que se propone realizar.

Así un médico puede tener conciencia inmediata de que no debe acceder a la solicitud de eutanasia que le hace el enfermo que está sufriendo hasta la desesperación, bien por la reacción inmediata de su propia conciencia o bien, más conscientemente, por una referencia refleja a la norma de orden racional que prescribe que la vida humana es intocable.

Y este hecho puede ser reconocido (como en realidad lo es) como reflejo de la ley eterna del Creador que creó al hombre, ciertamente, pero que no le concedió la posibilidad de disponer arbitrariamente de la vida y de la muerte ni propia ni ajena. El mismo médico, en cambio, podrá sentirse perplejo y obligado a una mayor profundización racional y cultural acerca de los cuidados que deberá prestar a este mismo enfermo en relación con el dolor que experimenta y las condiciones de su enfermedad.

A esclarecer este juicio puede contribuir la ley revelada o la fe religiosa propia de las religiones reveladas, como la cristiana, la judía o la mahometana; y por esto puede ayudar a una conciencia que se remite a una fe religiosa. Esta fe religiosa puede ser compartida por el paciente que, por esto mismo, está obligado a seguirla, o puede ser propia sólo del médico, que está igualmente obligado a observarla si quiere ser coherente con ella; o bien puede ser propia de ambos, y en este caso la ayuda que llega es inmediata y facilita las cosas.

En cualquier caso, deseando mantenernos en el campo de la relación médico-paciente, el médico no puede ignorar la eventual creencia religiosa del paciente, ni tampoco contrariar lícitamente su propia conciencia religiosa.

Aun cuando teóricamente la norma religiosa no pueda contradecir a la ley natural ni a la ética racional, sin embargo pueden darse de hecho situaciones de conflicto (como en el caso del rechazo de los cuidados por parte de ciertos enfermos en nombre de un credo religioso particular) que se resolverán mediante una reflexión profunda y basándose en los principios éticos que explicaremos al término de este capítulo. Por esta razón, se puede pensar en una moral «laica» y racional, con sus

fundamentos y sus criterios de juicio. Pero en caso de que la persona (el paciente o el médico, o ambos) tenga una fe religiosa, ésta no puede ser ignorada si se quiere ser racionalmente respetuoso de la conciencia ajena.

Otro punto de confrontación para la elaboración del juicio subjetivo puede ser la ley positiva emanada por la autoridad constituida y encargada de buscar el bien común. Esta autoridad puede ser la del astado o la de organismos internacionales, como en el caso de los «derechos humanos»[167], o puede ser religiosa también; la

---

[143]

autoridad del Estado o la autoridad supranacional está puesta para interpretar las exigencias del bien común, entendiendo por éste el bien de la comunidad, buscado mediante el bien de cada una de las personas; basándose en su propio marco de valores de fe o religiosos, la autoridad religiosa emana también disposiciones interpretativas de la norma revelada y de la fe, como veremos especialmente cuando tratemos de las disposiciones de la Iglesia católica. Y mediante ese magisterio se dirige directamente a sus propios fieles.

Esta fuente de información puede facilitar y explicitar el juicio ético. Pero también puede surgir algún conflicto entre la norma civil y la norma religiosa, o entre la norma positiva del Estado y la conciencia individual de la persona, que se remite interiormente al marco de valores naturales o racionales[168].

Para superar, asimismo, estas posibles situaciones de conflicto habrá que referirse a valores y principios de orden general y, a menudo, se requerirá un estudio complejo y profundo. El itinerario que lleva a elaborar el juicio objetivo, aun cuando frecuentemente pueda presentarse como inmediato, exige siempre, como decíamos, compromiso, rigor y desarrollo racional, y puede dar lugar a dudas y en ocasiones a dramáticas incertidumbres. En este camino, en efecto, puede interferir la ignorancia y por esto originarse también el error. Tanto la ignorancia como el error pueden referirse a la interpretación de la norma y, por consiguiente, a la jerarquía de los valores en juego; o bien concernir a la

---

[167] Como decíamos en el capítulo primero, las Declaraciones, las Convenciones e incluso las Recomen daciones de los diversos Organismos supranacionales o internacionales (ONU, OMS, UE y CEE, Consejo de Europa) así como los Códigos deontológicos de las Asociaciones médicas, ayudan no poco, aun distinguiéndose siempre de la ética y siendo perfectibles en orden a los valores éticos, para conocer los valores de referencia.

[168] Sobre este tema de la relación entre ética, norma y conciencia, véanse los siguientes tratados de moral: BOCKLE F., Morale fondamentale, Brescia 1979; DE FINANCE J., Etica genérale, Cassano Murge 1982; Goffl T., PIAÑA G. (coord.), Corso di morale, I: Vita nuoua in Cristo (Morale fondamentale **e** genérale), Brescia 1983; GÜNTHOR A., Chiamata e risposta, 3 vols., Roma 1982; HARING B., Libertad y fidelidad...; VIDAL M., Moral de actitudes, PS, 4 vols., Madrid 1990-1991; ID., Para conocer la ética cristiana, Verbo Divino, Estella (Navarra) 1990.

configuración histórica y concreta de la acción. Cualquiera puede equivocarse, por ejemplo, al juzgar cómo debe comportarse cuando la salvaguardia de un valor como la vida del ser naciente se contrapone a la defensa de la vida de la madre en un parto difícil (volveremos sobre este tema), o bien puede engañarse sobre la existencia de una circunstancia importante, como por ejemplo la existencia de una grave enfermedad cardiaca de la madre, la cual, por esto mismo, puede no ser asistida adecuadamente en el parto, sobreviniendo así su muerte. En realidad, se debe tener presente esta posibilidad de error para evaluar la responsabilidad del sujeto que actúa tanto a nivel del juicio ético como de la responsabilidad penal. Sin embargo, hay que recordar que el sujeto responsable, incluso en proporción a! tipo de responsabilidad que ejerce, deberá poner todo su empeño en evitar el error.

---

[144]

Desde el punto de vista ético el error, y la ignorancia que lo origina, puede no ser culpable si el sujeto no ha descuidado nada de lo que se le pedía en cuanto a reflexión y conocimiento; o bien puede ser culpable «en su causa», cuando culpablemente no haya puesto el menor empeño en ello. Piénsese en la responsabilidad que puede comportar la falta de estudio o de actualización en un arquitecto o en un juez o, dentro del campo de la bioética, en un médico.

Llegados a este punto, debemos hablar de la otra línea de evaluación del acto moral, la subjetiva.

La consciencia subjetiva no es una computadora, sino un acto vital y vivido de consciencia, libertad y responsabilidad, que toca al misterio mismo de la persona. La libertad, que realiza al «ser» cuando escoge (libremente) según la verdad, puede elegir en sentido contrario al bien propio o del otro ser, depauperando a la persona misma en sus valores y experiencias positivas y determinando inclinaciones negativas. Frente al bien arduo y a la privación del bien (que equivale al mal, más fácil y más atrayente para el egoísmo humano), la libertad puede perder tensión y rendirse al mal. La experiencia de cualquier hombre confirma la influencia real de esta «inclinación» al mal que el cristianismo ha definido como fruto del «pecado original» y para la cual el mismo cristianismo propone la Gracia como remedio y sanación, la ayuda de Dios ofrecida en Cristo; ayuda que permite la restauración progresiva y comprometida de la capacidad de hacer el bien mediante la comunión con Dios.

Si la fe y el acceso consciente a la redención es don y esperanza para el que cree, la experiencia de la fragilidad y del esfuerzo de la libertad es patrimonio de todos los hombres.

La libertad, en efecto, no es completa si se concibe sólo como liberación de los condicionantes externos, políticos y económicos, o de otro género; lo es, en cambio, cuando hablamos de libertad «liberada» de los condicionamientos interiores, aquellos que, en lo más profundo del hombre dividido, opone el yo a sí mismo, el cuerpo al espíritu. Por lo

demás, no concuerda con la lógica ni es previsible que sea auténtico constructor de la libertad ajena quien no ha «liberado» la propia libertad del egoísmo[169].

En la valoración de la responsabilidad subjetiva del hombre frente a la acción, se debe tener presente esta «fragilidad del ser» y esta posibilidad negativa de la libertad. Por este misterio de la libertad y por esta posibilidad de elección «no conforme con la verdad», son posibles el bien y el mal, aun cuando no sean jamás equivalentes ni de igual valor.

---

[145]

Pero esto no basta: sobre la libertad, frágil en sí, podrían pesar condicionamientos que pueden reducir la capacidad de autodeterminación y de elección; condicionantes que pueden disminuir y en ocasiones anular la responsabilidad. Ya hemos hablado de tales condicionamientos, como la ignorancia que puede originar" el error en la valoración. Se trata de un condicionamiento indirecto respecto de la responsabilidad, porque actúa primariamente sobre la valoración intelectiva, pero que, de todos modos, reduce el espacio de la libertad.

Los tratadistas hablan de las llamadas «circunstancias» que deben ser tomadas en cuenta por los moralistas, los educadores, los pastores de almas e incluso los jueces (en cierta medida) a fin de evaluar más adecuadamente la responsabilidad del sujeto. Una cosa es un delito, como el homicidio ejecutado para extorsionar, y otra cosa es el homicidio cometido por un demente o por un automovilista, cuando han fallado los frenos de su automóvil.

Estamos aludiendo apenas a una larga serie de circunstancias o categorías de condicionamientos acerca de los cuales psicólogos, psiquiatras, moralistas y juristas han escrito abundantemente y que en su conjunto, en ciertas situaciones, pueden hacer muy problemático el juicio ético sobre las responsabilidades objetivas y eliminar en ocasiones cualquier responsabilidad.

Los médicos en especial, y los profesionales de la medicina, deben estar conscientes de estos límites y condicionamientos, dado que por su profesión están obligados a entrar en una «relación» de decisiones con el paciente, cuyo consentimiento puede ser «libre e informado» o estar fuertemente condicionado.

Se dan condicionantes de la libertad que provienen de la personalidad y de la psicología del paciente y que tienen que ver con su edad, grado de cultura, psicología y salud psíquica y mental; es la circunstancia que los tratadistas de la moral denominaban con el pronombre interrogativo ¿quién?

---

[169] Sobre el concepto de libertad y pecado original se pueden ver: MOUROUX J., Sens chrétien...; VALORI P., II libero arbitrio. Dio, l'uomo, la liberta, Milán 1987; PIAÑA G., VOZ Liberta, en Dizionario Enciclopédico..., Roma 1981, pp. 562-574; FUCK M., ALSZEGHY Z., II peccato origínale, Brescia 1972.

Y hay circunstancias dependientes de la naturaleza misma de la acción objeto de la evaluación: su dificultad, su complejidad, el temor que inspira en el sujeto, su novedad (el ¿qué?). Por ejemplo, una cosa es que una madre acepte una maternidad que se presenta como normal, y otra aceptarla cuando el feto se presenta con alguna discapacidad o cuando el embarazo implica riesgos para la vida misma de la madre; en este caso la aceptación del hijo se vuelve un deber arduo y a veces heroico, aun cuando siga siendo obligatorio.

Las circunstancias de lugar y de ambiente cultural tienen también su peso, como por ejemplo el dar muerte a alguien por cuestión de honor en ciertos países (el ¿dónde?).

Gran peso se le atribuye a la intencionalidad (el ¿por qué?) o motivación, que es como el alma de la acción: ocurre con frecuencia que una acción concebida con un fin bueno provoca un daño real, y por tanto un mal objetivo. La eutanasia, por ejemplo, se configura hoy muy a menudo como un «acto piadoso». Algunos

---

[146]

han pretendido encerrar toda la moralidad en la intencionalidad (intencionalismo); pero, obviamente la acción sigue siendo lo que es incluso cuando la intención por la que se lleva a cabo exime parcial o totalmente de la responsabilidad subjetiva; Por ejemplo en el caso del padre que proporcionara a su hijo toxicodependiente una dosis de heroína para mitigar su crisis de abstinencia, de lo cual se derivara después su fallecimiento. Si para constituir el bien bastara con la sola intención (intención que sin embargo es importante desde el punto de vista de la valoración de las responsabilidades subjetivas), el mundo sería pura bondad (como reza el dicho popular: «el infierno está empedrado de buenas intenciones»). A otras circunstancias aluden también la experiencia y la literatura que tratan sobre el tema, como las que se refieren a la modalidad (el ¿cómo?) y a las circunstancias de tiempo (el ¿cuándo?). No nos detendremos a detallar situaciones que se pueden intuir fácilmente y cuya enumeración, de todos modos, se podría alargar indefinidamente.

Lo que en todo caso hay que reafirmar con claridad es que la moralidad de las responsabilidades subjetivas no anula a la moralidad objetiva del hecho; y que, por tanto, cuando se trata de establecer el valor de la acción en sí y de señalar la norma de conducta, subsiste la obligación moral de hacer que la subjetividad se adecué a la objetividad, y no al revés. En pocas palabras: puede suceder que alguien muera en un accidente de tráfico sin responsabilidad subjetiva del que lo atropella (no siempre); pero la pérdida de una vida sigue siendo objetivamente un mal gravísimo y, por tanto, subsiste la obligación para el que maneja de tomar todas las precauciones necesarias para evitar este daño físico, moral y social; y lo mismo hay que decir de una intervención quirúrgica que fracasa, si la muerte del paciente se pudo evitar.

La verdad es la que establece el fundamento del bien: verum et bonum sunt ídem, la verdad y el bien son lo mismo. Esto significa también que el primer acto bueno que se puede y se debe hacer es el de la búsqueda de la verdad objetiva y del fundamento objetivo del bien.

Los modelos éticos que prescinden de la verdad objetiva de la persona, para hacer estribar el fundamento ético únicamente en la libertad o en la utilidad, o en el progreso de la especie o de la ciencia, acaban en definitiva por reencontrase en el denominador común del relativismo, esto es, en la obliteración de la verdad y del bien objetivo, que deben ser una referencia para todos, por encima de los intereses subjetivos de pocos o de muchos. Igualmente relativistas son los criterios que se basan en la llamada «moral de situación» o en la filosofía analítica, que acaban por separar la ética de la verdad objetiva[170].

---

[147]

En este punto debemos subrayar la responsabilidad que pesa sobre el científico y el médico: en sentido positivo, por el bien que se puede hacer previniendo enfermedades, desastres, epidemias; o bien en sentido negativo, por el mal que se puede hacer también: la,pérdida de vidas humanas, la persistencia de perjuicios o deficiencias en el plano de la salud, etcétera.

Muchas veces el médico se verá obligado a hacer una síntesis entre la verdad y la vida, entre la vida de! individuo y el bien de la comunidad; esto sólo lo podrá llevar a cabo si cuenta con una gran estatura ética y una rigurosa reflexión.

Por esto, la responsabilidad del médico —al tratarse de una persona que actúa sobre otras personas, sobre la vida misma de otros— es de las más marcadas y reconocidas, de manera que lo que durante siglos ha distinguido en general a la clase médico-sanitaria ha sido su autoridad, su vigor de conciencia y escrupulosidad.

El acto médico, por consiguiente, en cualquier momento en que se lleve a cabo, tiene una dimensión ética, además de la técnico-científica. Como es imposible separar entre concepto y facultad que lo concibe, de la misma manera no es posible separar la responsabilidad médica del acto médico en éste implicada. Aunque sigue siendo cierto para todas las profesiones que «al hombre se le define ante todo por su responsabilidad para con sus hermanos y con la historia»[171], esto vale de manera

[170] Múltiples son ¡as raíces del amplio movimiento que se sobreentiende en la fórmula «ética de la situación», algunas de las cuales hacen referencia a los interrogantes sobre la validez de una ley moral susci tados por ¡a llamada «teología dialéctica». Para profundizar en este capítulo de la teología del siglo **XX,** véase: B**ROUILLARD** H., B**ARTH** K., Genése et évolution de la théologie díalectique, París 1957; M**OLTMANN** J. (coord.), Le orig'mi della teología dialettica, Brescia 1976.

[171] C**ONCILIO** V**ATICANO** 11, Constitución pastoral «Gaudium et Spes», n. 55; V**ILLA,** Medicina oggi...; V**EDRINNE,** Ethique et professions..., pp. 1171-1177.

particular respecto del médico, el cual deberá aprender a hacer responsables también a los demás: al paciente, a la comunidad y a la cultura misma, sin abdicar de sus propias responsabilidades.

Normas y valores: ética deontológica y ética teleoSógica

La filosofía moral contemporánea, más sensible que la clásica y la medieval respecto del sujeto y de la persona, prefiere concebir la vida ética como un llamado a realizar los valores, más que como un conjunto de normas, leyes y fines. Los sociólogos caracterizan al rostro moral de una cultura o de un ambiente social por los valores que poco a poco van surgiendo y orientan la vida: se habla, así, de valores tradicionales, de valores emergentes, de valores de transición, etcétera.

Pero es necesario precisar el significado de los valores éticos y, sobre todo, su fundamento, puesto que se trata de un lenguaje tomado del vocabulario financiero y económico, cuyos contornos son un tanto imprecisos. Hay que reconocer, sin embargo, que ese es el lenguaje que predomina y que, bien entendido, puede expresar de manera más personalista, dinámica y propositiva la orientación de la actividad libre y responsable.

---

[148]

Podemos entender, pues, por valor ético «todo aquello que permite dar significado a la vida humana»[172].

Históricamente el concepto de valor se constituye en el lenguaje filosófico mediante una transposición del lenguaje económico-financiero, reaccionando contra el positivismo. El positivismo reconocía sólo los hechos; el pensamiento fenome-nológico (Husserl, Scheler) afirma la relevancia en la vida del hombre de lo que se presenta como tensión, aspiración y deber, respecto de lo que simplemente existe en los hechos.

Bajo este punto de vista, el valor entendido en sentido filosófico es todo lo que suscita estima, admiración, sentido de perfección. Como dice Ricoeur: «el valor aparece cuando se entrecruza nuestro infinito deseo de ser con las condiciones finitas de su realización».

Por tanto, en la historia de los hombres no sólo existen los hechos, sino también los valores; y no existen únicamente los valores económicos basados en la utilidad o en la convención, sino también los valores culturales, espirituales, religiosos y morales.

El valor moral, particularmente, es específico de las actividades humanas y de la experiencia moral, y denota la calidad o perfección de una acción o de una conducta en cuanto que es conforme con el bien o la dignidad de la persona humana. Son valores morales el amor al

---

[172] G**EVAERT, I**l problema dell" uomo, p. 149; L**ALANDE** A., Vocabulaire technique et critique de la philosophie, París 1968, pp. 1182-1186; V**ALORI** P., Valore morale en C**OMPAGNONI**, P**IANA**, P**RIVITERA** (coord.), Nuouo Dizionario..., pp- 1416-1427; I**D.,** L'esperienza morale, Brescia 1984; R**ICOEUR** P., Le conflict des interprétations, Paris 1969, pp. 1416-1427.

prójimo, el respeto de la vida, la generosidad, el espíritu de sacrificio, etcétera.

Por consiguiente, el valor moral tiene un carácter específico propio, por el que no se confunde con el ingenio de un sujeto, con su cultura, etcétera, ni tampoco con el valor religioso (fe en Dios, piedad, espíritu de oración). Sin embargo, puesto que una determinada concepción de Dios implica, como consecuencia, una visión coherente del hombre y del mundo, los valores religiosos se reflejan en los morales, pero no necesariamente de manera adecuada y coherente. Se pueden encontrar personalidades con una gran sensibilidad religiosa que son luego incapaces de expresar tales valores en una conducta moral correspondiente.

Pero la aclaración más importante en el ámbito de los valores la representa el problema de su fundamentación: esto es, si tienen un origen y una justificación puramente subjetiva —como un simple trascender el sujeto la realidad material, la experiencia de vida más allá de la vida orgánica—, o bien se corresponden con la realidad. También en este campo el subjetivismo se enfrenta al ontologismo, el personalismo subjetivista al personalismo ontológicamente fundado.

---

[149]

Si dentro del valor y como fundamento suyo no existiera una estructura de la realidad, o esencia, entonces el valor dejaría de ser tal y sería una simple ilusión. Si la solidaridad entre los hombres no correspondiera a una definición de hombre y, por esto, a una exigencia estructural o natural de la persona, no tendría razón de ser ni de obligar.

En definitiva, el valor supone realidades, tiene un fundamento objetivo: las cosas son valores, las personas son valores, Dios es el sumo valor. Más aún, el valor será tanto más eminente cuanto mayor sea la riqueza y perfección ontológica de la realidad a la que se refiere.

Los valores requieren también una valencia subjetiva, una resonancia en el sujeto. El sujeto reconoce en ellos una bondad, un bien, un coeficiente para la construcción y el sentido que hay que dar a la vida. Santo Tomás hablaba de ens (ente) y bonum (bien); los autores contemporáneos hablan de realidades (cosas, personas, instituciones, formas expresivas como el arte, la técnica, la religión) y de valores. Lo que la filosofía contemporánea pone de relieve es el elemento personalista: los valores tienen sentido para el hombre; o bien, sin el hombre no existen.

Se trata, en definitiva, por encima de un cambio de lenguaje, de un cambio de perspectiva: del cosmocentrismo al antropocentrismo.

Esto es evidente incluso en el cambio del vocablo que se verifica en la asignación del fin último del hombre: en la antigüedad se hablaba de eudaimonia, en la Edad Media de visión beatífica, y el lenguaje contemporáneo habla de autorrealización.

Pero hasta aquí los puntos de vista citados no son incompatibles entre sí y nada impide adoptar el nuevo lenguaje que se da en la cambiante sensibilidad cultural. El punto delicado es más bien el de la fundamentación dedos valores.

El modelo ético personalista admite y considera la existencia de los valores, pero los considera fundados en la realidad metafísica: un valor no puede ser tal sin un contenido real y sin una capacidad perceptivo-valorativa inscrita en la persona; frente a la persona, que intuye y evalúa, la realidad se configura como valor cuando adopta el carácter de «bondad», de correspondencia con el ser y con la vida de las personas.

Hay que precisar, además, que una cosa es afirmar que los valores se presentan intuitivamente como tales —y que por esto ejercen sobre la persona una atracción y un reclamo moral—, y otra afirmar que la experiencia moral es un dato último no ulteriormente justificable. Una cosa es que metodológicamente se proceda desde la importancia histórica de acciones morales ricas en valores o desde la comprobación de la existencia de valores morales de alcance universal, casi inscritos en el vivir humano, y otra, afirmar que estos valores no son susceptibles de tener una fundamentación refleja y una justificación crítica.

---

[150]

Por tanto en la fundamentación de los valores éticos no se puede excluir, sino más bien incluir, la obra de la inteligencia y de la reflexión de la razón más o menos sistemáticamente desarrolladas, más o menos intuitivamente presentes.

Es un hecho comprobable que los valores pueden estar cargados de repercusiones afectivas y de valencias emotivas espontáneas; pero esto en sí no se contrapone con la exigencia de una verificación en el plano real y racional. Más aún la vida social y la influencia del ambiente social pueden deformar los valores, enfatizar algunos y ofuscar otros, incluso en detrimento de la verdad objetiva.

Acerca de lo que venimos hablando tenemos que hacer otra observación, y es la que se refiere a la ley natural, sobre cuyo concepto la discusión siempre está llena de problemas y de debates teóricos que aquí no podemos examinar en detalle.

Se ha de entender bien este concepto, porque a lo largo de los siglos se ha utilizado con acepciones diversas, A veces para legitimar la arbitrariedad de los ricos y poderosos, y otras veces para proclamar la inferioridad y la relativización de todo poder político como conciencia de una justicia superior y de una idea universal del hombre. La ley natural ha sido considerada como reflejo de la ley eterna de Dios o, por el contrario, como preceptiva laica de la razón que sirve como institución del príncipe o del docto, depositarios ambos de la diosa razón; o bien ha sido identificada con la ley biológica y considerada como carente de toda consistencia fuera del derecho positivo, sirviendo para confirmar en el trono a los poderosos y para orquestar la reivindicación de los derechos

humanos. Aquí nos limitamos a decir que, desde el punto de vista personalista, por ley natural no se entiende simplemente la ley física o biológica o la espontaneidad individual, aunque el dato biológico pueda y deba entrar en la valoración de los hechos humanos; ni se trata tampoco de un conjunto de preceptos jurídico-morales que pueden a lo más ser especificados por la ley natural.

A partir de Santo Tomás, los personalistas entienden por ley natural, y nosotros con ellos, un principio que trasciende a los actos aislados y las situaciones particulares, un principio análogo al de no contradicción en el campo lógico, y en definitiva fundado en él, que puede ser formulado en la orientación global del hombre ético, como el principio de haz el bien y evita el mal.

Esta exigencia ética fundamental —que, como decíamos antes, podemos enlazar racionalmente con la idea de creación— inducirá ai hombre **a** buscar con su razón (en el caso del creyente, también con la luz de la Revelación) las aplicaciones y las modalidades idóneas para conseguir que en cada una de las situaciones se aplique esta exigencia.

Se trata de una exigencia no puramente emotiva, espontánea, sino también racionalizable, encaminada **a** buscar siempre en las acciones, en último análisis, lo que constituye al hombre en su plenitud de ser, y a poner de manifiesto lo que puede disminuir al hombre en cuanto hombre.

---

[151]

En el plano religioso todo esto se verificará confrontándolo con la palabra de Dios, creadora y reveladora del hombre a sí mismo, y podrá ser formulado por el precepto del amor a Dios, Sumo Bien, y al prójimo creado a su imagen. Esta es la razón de que en la Edad Media, y hasta la llegada del iluminismo, no se dudara en identificar a la ley natural con el precepto de la doble caridad.

Es cierto también que algunas primeras consecuencias de la ley natural se pueden deducir intuitivamente de esta exigencia fundamental y ciertos estudiosos las identifican, con ayuda de la sociología y de la antropología, con el respeto de los propios semejantes como personas, con la prohibición del homicidio, del incesto, etcétera. Pero la razón deberá reflexionar siempre (a veces con esfuerzo e imperfecciones, a veces no sin vacilaciones) y saber encontrar la especificación de la ley natural en las situaciones particulares; y habrá de empeñarse en purificar los comportamientos sociales de las falsas justificaciones «naturales». Hemos subrayado la necesidad de la mediación de la razón porque, una vez más, no hay ética sin razones objetivas de apoyo y sin depuración racional del propio comportamiento.

La experiencia cristiana y el Magisterio de la Iglesia católica —con un gran sentido de realismo al considerar al hombre sometido al egoísmo y al pecado—, apelan a la luz de la Revelación no sólo por ser útil, sino también por ser de hecho necesaria para comprender plenamente el bien

humano en su conjunto, incluso cuando los contenidos de esta ley moral son en sí razonables y accesibles a la razón.

En otras palabras, la ley natural se presenta como la exigencia profunda que tiene todo ser humano de realizar plenamente su propia vida en armonía con la vida de los demás, de realizar los valores, incluso cuando éstos parecen arduos e implican sufrimiento[173].

El que la ley natural forme parte de una intuición «preconsciente», no exime del esfuerzo de tener que verificar y explicitar siempre sus aplicaciones. A nivel internacional e incluso en los documentos del Magisterio de la Iglesia católica se han formulado recientemente algunas instancias obvias e imprescindibles de esta ley natura! en los llamados «derechos humanos», especialmente después de fundarse la Organización de las Naciones Unidas; pero, aun representando este hecho un paso de enorme importancia ética, las determinaciones de interpretación (véase

---

[152]

el caso de los derechos del ser naciente) no siempre son fácil ni universalmente reconocidas[174].

Queda por explicitar una última observación referente a la pretendida confrontación entre moral deontológica y moral teleológica.

La moral teleológica se orienta a considerar como tarea suprema del hombre la realización de los valores, del proyecto que de sí mismo tiene, y expresa mejor la tensión global, existencial y comunitaria, hacia la plenitud de lo humano en el hombre. Esta «tensión hacia» —un «todavía no» que espera ser acabado— es hoy día enfatizada por la filosofía del «proyecto» y del «futuro», apoyada por la filosofía del impulso confiado en el progreso, por el que el hombre piensa tener fuerzas inmanentes y creativas, recursos tecnológicos e innovadores sin limitación alguna[175]. Esta tensión no es ciertamente ajena a la vida ética que debe entenderse siempre como tarea hacia un cumplimiento, y un

[173] STO. TOMÁS DE AQUINO, Summa Theologiae, la-2ae, q. 18-19; 2a-2ae, q. 10, a. 3; la-2ae, q. 72; MARITAIN, I diritti dell'uomo...; ID., Neuf leçons...; POSSENTI V., La vita preconscia dello spirito nella filosofia della persona di J. Maritain, en AA.VV., Jacques Maritain oggi, Milán 1983, pp. 228-242; Mosso S., II ruolo della connaturalità affettiva nella conoscenza morale secondo J. Maritain , ibid., pp. 525-546; VIOLA F., La conoscenza della legge naturale nel pensiero di Jacques Maritain, ibid., pp. 560-582; MALHERBE J.F., Médecine, anthropologie et éthique...

[174] Para el Magisterio eclesiástico sobre los derechos humanos, véase JUAN XX11I, Encíclica «Pacem in Tenis», del 1 de abril de 1963, en J. IRIBARREN, J.L. GUTIÉRREZ, Ocho grandes mensajes, Madrid 1979", pp. 201-258; CONCÍUO VATICANO D en la Constitución pastoral «Gaudium et Spes», del 7 de diciembre de 1965, en Documentos del Vaticano 11, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1975[29], pp. 177- 297. El Consejo de Europa recoge oportunamente las indicaciones de las enunciaciones internacionales de los derechos humanos aplicables al campo médico en el Manual sobre los derechos humanos y el médico, de próxima publicación en francés e inglés.

[175] BAUSOLA, Natura e...

cumplimiento de humanidad; pero no se ve cómo se podría prescindir de definir al hombre, a la persona humana y los valores coherentes con esta visión; en otras palabras, sin una definición de la naturaleza y de la verdad del hombre.

Ni se ve tampoco de qué manera la realización de un proyecto (a menos que no se quiera reducir a un «titanismo» innovador y dominante) no tenga que ser medida sobre el respeto a esa verdad ontológica del hombre mismo. Finalmente, toda realización del proyecto deberá traducirse en actos concretos y en comportamientos objetivos, representados por las normas y la deontología.

Si —por citar un problema sobre el que luego volveremos— el hombre tiene tal potencial de innovación como para hacer realidad un nuevo patrimonio genético de su propia especie, habrá que analizar si esa orientación respeta o no los valores humanos y la igualdad de los hombres entre sí, antes de confirmar la licitud teleológica. Si la autofecundación humana se pudiera lograr tecnológicamente mediante la transferencia de núcleos de células somáticas a óvulos enucleados, prescindiendo del acto de amor de los dos sexos, habría que plantearse si ese procedimiento realizaría y respetaría la verdad sexual y personalista de la procreación humana, desde el momento en que se es varón y mujer y la conyügalidad se expresa en actos sexuales corpóreos y espirituales, o si más bien se trataría de un proyecto del hombre de dominar tecnológicamente sobre la procreación y sobre el amor conyugal.

---

[153]

Una vez más surge para el científico la exigencia ética de conjugar la verdad de la ciencia experimental con la verdad total del hombre; y, también, la instancia de respetar por parte del médico y del biólogo conjuntamente la verdad total del hombre y su vida personal.

Y por lo que se refiere a la ética teleologica, ésta deberá compaginarse con, y no sustituir a, la ética deontológica.

Algunos corolarios y principios de la bioética personalista

Después de esta introducción acerca de los significados y contenidos de la ética personalista, podemos enunciar y explicitar ahora algunos principios y orientaciones de la bioética concernientes a la intervención del hombre sobre la vida humana en el campo biomédico. Estos principios mostrarán su alcance en la aplicación a los casos que analizaremos en la parte especial del libro; pero ya desde ahora nos parece conveniente hacer una presentación y una justificación de principio de los mismos.

La justificación de estos principios se deriva de todo lo que llevamos expuesto en los capítulos precedentes y, por tanto, bastará con

remitirnos a las razones expuestas y a los diversos motivos aducidos; mientras que las aplicaciones a los diversos casos de la biomedicina, o a los principales momentos éticos vinculados con la práctica biomédica, se evidenciarán mejor en los capítulos siguientes.

El principio de defensa de la vida física

Hemos considerado ya que la vida corporal, física, del hombre no representa .algo, extrínseco a la persona, sino que representa el valor fundamental de la persona misma. Decimos «valor fundamental», porque se debe entender que la vida corporal no agota toda la riqueza de la persona, la cual es también, y ante todo, espíritu, y por esto trasciende como tal al cuerpo mismo y a la temporalidad. Sjn embargo, respecto de la persona el cuerpo es. coesencia!, es su encarnación primera, el fundamento único en el cual y por medio del cual la persona se realiza y entra en el tiempo y en el espacio, se expresa y se manifiesta, construye y expresa los otros valores, incluida la libertad, la sociabilidad e incluso también su propio proyecto futuro.

Por encima de ese valor «fundamental» sólo existe el bien total y espiritual de la persona, que podría requerir el sacrificio de la vida corporal sólo cuando ese bien espiritual y moral no pudiera lograrse sino a través del sacrificio de la vida; y en ese caso, al tratarse de un bien espiritual y moral, no podría ser impuesto jamás por otros hombres, sino desplegarse como don libre. El mártir da su vida

---

[154]

legítimamente sólo cuando no hay otro camino para realizar el bien moral de la persona y de la sociedad; y en ese caso, de todos modos, quien es responsable de esta situación es responsable también de la pérdida de esa vida. Finalmente, en el caso del mártir, no es éste propiamente el que realiza la supresión de la vida, sino otros- él sólo es llevado, por fidelidad a un bien superior, a exponerse a un riesgo motivado.

Lo dicho es sólo una alusión a este caso, que parece a primera vista contradecirse con el precepto moral sobre la inviolabilidad de la vida humana.

Pero con ello se resalta la importancia de este principio en orden a evaluar los diversos tipos de supresión de la vida humanan.el homicidio, el suicidio, el aborto, la eutanasia, el genocidio, las guerras de conquista, etcétera. En los capítulos siguientes analizaremos algunos de estos casos, que entran en el campo de la bio-medicina, con todas sus implicaciones; pero ya desde ahora es necesario subrayar que el respeto de la vida, así como su defensa y promoción, representan el primer imperativo ético del hombre para consigo mismo y para con los demás. Quizás sea necesario enfatizar que no se trata solamente del respeto, sino también de la defensa activa y de la promoción. Las cartas de los

derechos internacionales que se ocupan de los derechos humanos sitúan en primer plano la vida y su inviolabilidad[176].

No es cosa de recordar aquí que es imposible validar la hipótesis de la supresión directa y deliberada de la vida de alguien —distinto es el caso antes expuesto sobre el ofrecimiento voluntario de la propia vida con riesgo de perderla por el bien moral de la persona misma y de la comunidad— en favor de la vida ajena, o de mejores condiciones político-sociales de otros, porque la persona es una totalidad de valor y no una mera parte de la sociedad.

Sobre el carácter y valor fundamental de la vida del hombre la Iglesia católica ha expresado en documentos oficiales[177] y ha recogido a lo largo de toda su tradición una doctrina rica y enriquecida por las verdades reveladas, que aquí no podemos recordar íntegramente y que constituyen la antropología teológica; importa, no obstante, subrayar una vez más que la obligación ética de respetar, defender y promover la vida tiene una validez racional y universal propia.

---

[155]

Acerca de este punto, también, se podría aludir al valor de la vida en los niveles inferiores —la vida en el reino vegetal, la vida en el reino animal—, tema al que son muy sensibles en la actualidad los movimientos ecologistas. Debemos reconocer que también esta vida tiene un valor propio, y que el equilibrio de las diversas formas de vida en el cosmos está ligado a la salud y a la supervivencia del hombre, por lo que es obligado mantener este equilibrio; sin embargo, no hay que olvidar que el hombre representa un nivel ontológicamente superior, que trasciende al reino de la vida de los seres inferiores; y que, por esto, las plantas y los animales pueden y deben, por vinculación biológica connatural, ser utilizados por el hombre. La utilización, sin embargo, no quiere decir entrar a saco, ejercer una violencia gratuita, devastar ni poner en peligro el equilibrio cósmico.

Tampoco habrá de enfatizarse la defensa de la vida de las plantas y de los animales hasta el punto de reclamar para ella una posición

---

[176] La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y promulgada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, afirma en el art. 3: «Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona». La Convención de salvaguardia de los derechos humanos y de las libertades fundamentales, promulgada en Roma el 4 de noviembre de 1950 para la Región Europa, afirma en el art. 2: «El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley».

[177] La Declaración de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre El aborto provocado se expresa de esta manera en el n. 11: «El primer derecho de una persona humana es su vida. La persona tiene otros bienes y algunos son más preciosos, pero éste es el fundamental, como condición de todos los demás. No es el reconocimiento por parte de los demás lo que constituye este derecho; éste exige ser reconocido y es estrictamente injusto el rechazarlo».

superior a la que la sociedad otorga a la vida humana, o de impedir utilizar la vida anima! para experimentar y hacer avanzar a la ciencia.

En el ámbito de la promoción de la vida humana se inscribe el tema de la defensa de la salud del hombre. Ya hemos explicado los conceptos relativos a la definición de la salud. Lo que tenemos que agregar ahora en esta presentación de los principios generales, se puede resumir en dos afirmaciones coherentes con cuanto acabamos de decir: que el derecho a la vida precede, al llamado «derecho a la salud»; y que, por otra parte, está la obligación moral de defender v promover la salud para todos los seres humanos en proporción a sus necesidades.

La primera afirmación parecería obvia: sólo se puede hablar de salud de uña persona viva, y la salud es una cualidad de la persona que vive; pero, como se sabe, algunos entienden el problema de forma diferente y hoy se tergiversa cuando se pone en peligro o se procura la supresión de la vida de alguien por la salud de algún otro; tal es el caso, por ejemplo, de la legalización, por indicaciones médicas y médico-sociales, del llamado aborto terapéutico, en el que esta relación vida-salud se tergiversa por quien sostiene que la vida puede ser aceptada sólo si tiene la suficiente «calidad de vida». No debemos olvidar que en el mundo occidental se está dando actualmente un énfasis desmesurado a la salud entendida en sentido hedonista, de manera que la vida es considerada como el bien supremo del bienestar temporal hasta el punto de que las sociedades se ven sobrecargadas de gastos sanitarios cada vez más gravosos.

En esta concepción se advierten varios peligros: ante todo, el de que el bienestar económico con sus excesos origine nuevas amenazas para la salud (enfermedades del bienestar como la droga o el alcoholismo, abuso de medicamentos, desórdenes de la vida sexual y de la alimentación). Otro riesgo es que estos gastos excesivos para reparar la salud absorban fuerzas económicas que deberían emplearse en la prevención y curación de otras enfermedades importantes

---

[156]

de origen orgánico: la defensa a a ultranza de la salud de algunos lleva a descuidar la salud de millones de personas en los países subdesanollados e incluso a marginar a los indefensos como los discapacitados, los ancianos, los enfermos incurables o el feto que se rechaza por temor de que constituya una amenaza para el bienestar presente.

Y otra exigencia más: que la salud, valor subordinado y consiguiente a la vida, sea promovida para todos de manera proporcional a las necesidades de cada uno. No se trata de un «derecho a la salud» que ningún sistema de salud pueda garantizar sino del «derecho a los medios y a los cuidados indispensables» para la defensa y la promoción de la salud. Asi se pronuncia también la Organización Mundial de la Salud.

«Todo individuo tiene derecho a un tenor de vida suficiente para garantizar la salud y el bienestar propio y de su familia, en lo que se refiere particularmente a la alimentación, el vestido, la vivienda, los cuidados médicos y los servicios sociales necesarios; y tiene derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y cualquier otro caso de pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad»[178].

La misma Constitución de la Organización Mundial de la Salud afirma el criterio de igualdad entre los diversos pueblos en la defensa de la salud de cada uno de los ciudadanos:

«La posesión del mejor estado de salud del que cada uno es capaz, constituye uno de los derechos fundamentales de todos los hombres, cualquiera que sea su religión, raza u opinión política, al ser la salud de todos los pueblos condición fundamental para la paz en el mundo».

Lo que las Cartas internacionales no dicen, aunque se trata de un problema ético y existencial de importancia primordial es que, junto con el derecho de promoción de la salud, hay que educar también a los individuos para la aceptación del dolor inevitable y de la muerte, en una visión personalista y trascendente del hombre. Por muchos estudios específicos, no necesariamente de carácter teológico, hoy se sabe que el no aceptar el dolor, el sacrificio y la muerte —cuando, a pesar de todo y por las limitaciones propias de la vida humana, se presentan en el horizonte existencial—, origina perturbaciones a toda la personalidad[179], incluso en el mundo cultural mismo, especialmente en los países de alto desarrollo económico. Pero este punto lo volveremos a tratar más adelante; ahora debíamos aludir solamente a estas implicaciones vinculadas con el principio de la defensa de la vida.

---

[157]

La defensa y promoción de la vida tiene su límite en la muerte, que forma parte de la vida; y la promoción de la salud tiene su límite en la enfermedad, que, aunque fuera incurable, habría que cuidar con una actitud activa.

El principio de libertad y responsabilidad

Hemos reflexionado ya sobre la libertad-responsabilidad como fuente y origen del acto ético; ahora debemos considerar sus repercusiones en el campo de la bioética.

La primera observación que se ha de hacer en este aspecto de la bioética es que, antes que el derecho a la libertad, está el derecho a la defensa de la vida; en otras palabras, la libertad debe hacerse cargo

[178] Constitución de la Organización Mundial de la Salud, art. 25 (25 de diciembre de 1948). Recuérdese también la Declaración de Alma Alta o Carta del Desarrollo Sanitario de la Región Africana, publicada en Maputo el 24 de septiembre de 1979.

[179] BECKER E., // rifiuto della morte, Roma 1982.

responsablemente ante todo de la vida propia y de la ajena. Esta afirmación se justifica por el hecho de que, para ser libres, se requiere estar vivos, y por esto la vida es la condición indispensable, para que todos y cada uno de nosotros podamos ejercer la libertad.

Por obvia que parezca, esta afirmación presenta hoy día muchos problemas en el campo de la ética médica, por ejemplo, a propósito del llamado «derecho a la eutanasia»: en nombre de la libertad de elección, no se tiene derecho a decidir la supresión de una vida. Otra aplicación se puede hacer también en el campo de los cuidados obligatorios para los enfermos mentales o ante el rechazo de alguna terapia por motivos religiosos.

Hablando más en general, este principio sanciona la obligación moral que el paciente tiene de colaborar en los cuidados ordinarios y necesarios para salvaguardar la vida y la salud propia y ajena. En ciertos casos, como el de los pacientes que rechazan los cuidados indispensables para la vida y la supervivencia cuando el médico considera en conciencia necesario imponerlas, el derecho deberá regular el procedimiento para aplicar tales cuidados obligatorios. En este aspecto, es típico el caso de los padres que se niegan a alimentar a su hijo recién nacido deforme, practicando la llamada eutanasia neonatal; aquí es evidente que tales padres están abusando de su libertad respecto de la vida de su hijo.

Por otra parte, si el mismo principio de libertad-responsabilidad del paciente está delimitado por el principio del sostenimiento de la vida —que es un valor precedente y superior a la libertad y que apela a la responsabilidad primaria—, limita a su vez la libertad y la responsabilidad del médico, el cual no puede transformar el cuidado en obligación en todos aquellos otros casos en los que no está en juego la vida. Tal es el problema, por ejemplo, del consentimiento del paciente. Hay un consentimiento implícito desde el momento en que el paciente se pone en manos del médico o de la institución hospitalaria, para que el médico haga cuanto sea necesario para la curación y la recuperación de la salud. Este consentimiento, sin embargo, no dispensa al médico del deber de informar al paciente sobre la marcha de la terapia y de pedir un ulterior consentimiento explícito

---

[158]

cuantas veces se presenten circunstancias imprevistas, como un tratamiento que implique un riesgo o una pérdida funcional orgánica, una terapia extrema como un último intento frente **a** otras posibilidades que han resultado ineficaces, la utilización de un medicamento experimental, etcétera. Hay que tener siempre presente que la vida y la salud se han encomendado prioritariamente a la responsabilidad del paciente y que el médico no tiene sobre el paciente otros derechos superiores a los que el paciente tiene para consigo mismo. Si el médico considerara éticamente inaceptables las pretensiones o los deseos del paciente, puede (y a

veces debe) deslindar su propia responsabilidad, invitando al paciente a reflexionar y acudir **a** otro hospital o a otro médico. Ni la conciencia del paciente puede ser violentada por el médico, ni la del médico puede ser forzada por el paciente: ambos son responsables de la vida y de la salud tanto como bien personal cuanto como bien social. Muchas articulaciones de este principio se aclararán cuando se esté ante un caso específico[180].

El principio de totalidad o principio terapéutico

Es uno de los principios básicos, que caracterizan a la ética médica. Se funda en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal.

El principio de la inviolabilidad de la vida, que hemos presentado como primario y fundamental, no se desdice, sino que más bien se aplica cuando, para salvar al todo y la vida misma del sujeto, se debe intervenir incluso mutilando una parte del organismo. En el fondo, este principio rige toda la licitud y obligatoriedad de la terapia médica y quirúrgica. El cirujano que extirpa un apéndice está justificado moralmente, e incluso obligado, en la medida en que esta ablación es necesaria para la salvaguardia del organismo. Es por esta razón por la que el principio se denomina también principio terapéutico.

El mismo principio puede tener aplicaciones más relevantes cuando se trata de extirpar un tumor, de actuaciones con riesgo y de intervenciones que pueden comportar menoscabos importantes como la esterilización terapéutica, por ejemplo como consecuencia de la extirpación de un tumor uterino. En estos casos el daño que acompaña a una intervención directa con otra finalidad lícita u obligada es considerado éticamente aceptable, según el criterio del «voluntario indirecto».

---

[159]

También este principio, aunque en su formulación pueda resultar simple, presenta a veces cuestiones morales delicadas que se podrán entender mejor cuando se esté ante un problema en particular.

Ante todo, este principio, terapéutico exige algunas condiciones para poder aplicarse: que se trate de una intervención sobre la parte enferma o la que es causa directa del mal, para salvar al organismo sano: que no existan otras maneras y medios para enfrentar la enfermedad; que haya una buenana posibilidad, proporcionalmente alta, de éxito; y que sedé el consentimiento del paciente. Se sobreentiende que en estos casos lo que está en juego no es tanto la vida, cuanto la integridad física;

[180] **LIMAT** R., **JOSSERAND** C, **NICOD** B., **OGIER** M., **DU** soin à la contrainte. Quelques interrogations éthiques vécues par l'infirmier(e) dans la pratique des soins, «Médecine et Higiene», 1984, 42, pp. 1177-1182; **BONJEAN** G., **BOUCHARD** J., **FORESTIER** P., **PERRIN** M, **PIOT** G, **LERY** N., Le refus de soins. La dimension éthique du problème, ibid., pp. 1184-1190.

pero también la integridad física es un bien muy importante, inscrito en la corporeidad, y por tanto es un valor personal que sólo se puede poner en peligro o menoscabarse si se favorece un bien superior al que está vinculado[181].

El principio terapéutico tiene aplicaciones peculiares no sólo en los casos generales de la intervención quirúrgica, sino también en otros más específicos como la esterilización terapéutica, el trasplante de órganos o la genoterapia.

Algunos autores, incluso teólogos, han pretendido ampliar el concepto de «totalidad» al exterior del organismo físico y de la corporeidad, abarcando así en el horizonte de la terapia también la dimensión psicológica y el bienestar subjetivo psicosocial de la persona o, incluso, incluyendo en el concepto de totalidad al conjunto de los resultados finales sin reparar en los medios y en los métodos de intervención; puntos, todos ellos, aún candentes en las discusiones sobre ética médica.

Podemos recordar a este propósito el problema de la esterilización anticonceptiva y de la fecundación in vitro, y el del llamado aborto terapéutico, casos en los que no se puede lícitamente aplicar el concepto de la totalidad entendido en sentido orgánico y en el significado propio.

En la parte especial de este libro analizaremos tales temas en particular.

Este principio, como decíamos, es leído por algunos en sentido organicista: se puede lesionar una parte del organismo sólo si esto ayuda al mismo organismo entendido físicamente. Otros lo interpretan de una manera extensiva, entendiendo por totalidad el bienestar psicológico o psicosocial, prescindiendo del organismo físico y de su recomposición armónica con el bien espiritual. Otros, finalmente, y nos parece que son los que mejor lo interpretan, incluyen en iaJotaJidadaJa totalidad física, espiritual y. moral de la persona, y por tanto, en una totalidad personalista, en la que sin embargo se ha de respetar igualmente al organismo físico. El cuerpo, por consiguiente, no es entendido en sentido exclusivo (sin reparar en el resto), sino en sentido asertivo y unitario, esto-es, considerando el bien corporal dentro del conjunto del bien espiritual y moral de la persona. Volveremos

---

[160]

sobre estas observaciones cuando analicemos en especial los problemas de la anticoncepción y de la esterilización.

Pero desde ahora debemos adelantar que el aceptar los conceptos de motivación psicológica y psicosocial sin considerar también el bien del organismo físico para justifícar mutilaciones físicas —sin hacer referencia

---

[181] HÀRING, Libertad y fidelidad...; ZALBA M., voz Totalità (principio di), en Dizionario Enciclopedico..., pp. 1141-1149; ID., La portata de! principio di totalità nella dottrina di Pio XI e Pio XII e la sua applicazione nei casi di violazioni sessuali, «Rassegna di teoiogia», 1968, 9, pp. 225-237.

al bien total, moral y espiritual de la persona— equivaldría a salirse de los criterios objetivos de referencia llegándose a manipular arbitrariamente la corporeidad. Con un razonamiento de tipo psicosocial se puede llegar incluso a justificar acciones violentas sobre la persona como la esterilización forzosa, la eutanasia y el aborto mismo.

Finalmente, con este principio de la totalidad o principio terapéutio se vincula una norma ulterior de aplicación que se puede, definir como norma de la «proporcionalidad dejas terapias».

Esta norma, en efecto, implica que, al practicar una terapia ésta se evalúe en el contexto de la totalidad de la persona, y que se exija por tanto una cierta proporción entre los riesgos y daños que ésta acarrea y los beneficios que aporta.

Aplicar cuidados desproporcionados para engañar al paciente dando la impresión de ser eficiente, o bien para complacer su solicitud o la de los familiares «de hacer todo lo posible» sin resultados previsibles, o para experimentar subrepticiamente terapias sin beneficios para el paciente que ignora tal hecho, puede resultar una demostración de agresividad o ensañamiento terapéutico, como tendremos ocasión de precisar, por ejemplo, cuando tratemos de la asistencia al enfermo terminal incurable.

Con este principio deja totalidad o principio terapéutico se vincula también el llamado criterio de justificación del «voluntario indirecto» al que antes aludíamos. A menudo se puede dar el caso de la llamada «acción de dobíe efecto», uno positivo y otro negativo desde la perspectiva ética. Por ejemplo, si se quiere aliviar los dolores agudos que sufre un enfermo con cáncer en los huesos, se le habrá de administrar morfina, lo cual tendrá un efecto negativo de habituación (requerimiento de dosis cada vez más altas para calmar el dolor), así como un posible acortamiento de la vida y la disminución de la resistencia física del sujeto. Para que el principio del voluntario indirecto se aplique correctamente, se requieren unas condiciones, precisas: que la intención del agente esté debidamente.informada por la finalidad positiva; que el efecto directo de la intervención sea el positivo; que el efecto positivo sea proporcionalmente superior o al menos equivalente al efecto negativo; y que una actuación tan compleja no pueda ser sustituida por otros remedios exentos de efectos negativos[182].

---

[161]

El principio de sociabilidad y subsidiariedad

También este principio ha sido desarrollado precedentemente por la teología moral (como, por lo demás, el anterior principio de la totalidad); pero hoy es ampliamente compartido en las directrices

[182] Para un análisis de las condiciones que legitiman una acción de doble efecto, véase GÜNTHOR, Chiamata...,I, pp. 530-534, citado en el capítulo sobre «Bioética y aborto».

emanadas por las instancias internacionales y cuando se formulan los planes de asistencia sanitaria. Efectivamente, en la actualidad se habla cada vez más de «socializar» la medicina.

Hay que distinguir ante todo entre el principio ético de sociabilidad, y la fórmula política y de organización de la socialización.

El principio de sociabilidad compromete a todas y cada una de las personas en su propia realización al participar en la realización del bien de sus semejantes. En el caso de la promoción de la vida y de la salud, implica que todo ciudadano se ha de comprometer a considerar su propia vida y la de los demás como un bien no sólo personal, sino también social, y compromete, a la comunidad a promover la vida y la salud de todos y cada uno, a fomentar el bien común promoviendo el bien de todos y cada uno.

La persona está esencialmente abierta a la sociedad y la sociabilidad es una característica intrínseca de la personalidad; y en el caso de la vida y de la salud, bienes primarios de la persona, la misma situación demuestra de Hecho que la vida y la salud de cada uno depende también de la ayuda de los demás. Para darse cuenta de la importancia de este principio ético, basta considerar la situación sanitaria en materia de contaminación y de epidemias contagiosas; basta observar ese conjunto deservicios que constituyen la asistencia sanitaria, cuando sólo es posible recuperar la salud si existe una colaboración múltiple de profesiones, de competencias e intervenciones de la ley.

Como veremos, el principio de sociabilidad puede llegar a justificar la donación de órganos y tejidos, aunque ello implique alguna mutilación en el donador; puede estimular al voluntariado asistencial y puede, como ha ocurrido en casi todo el mun-do7hacer surgir obras asistenciales (hospitales, asilos, leprosarios) sólo por un sentido de servicio fraternal de los que están sanos hacia los que están enfermos. Péfó en términos de justicia social, el principio obliga a la comunidad a garantizara todos y cada uno los medios para acceder a los cuidados necesarios, incluso a costa del sacrificio de los que tienen una posición social desahogada.

Es en este punto, sin embargo, donde el principio de sociabilidad se confunde con el de subsidiariedad[183], por el cual la comunidad, por una parte, debe ayudar más allí donde mayor es la necesidad (cuidar más a quien está más necesitado de

---

[162]

cuidados y gastar más con quien más enfermo está); y, por la otra, no debe suplantar o sustituir a la libre iniciativa de los particulares o de grupos, sino garantizar su funcionamiento.

[183] El principio, o la doctrina, de la subsidiariedad fue propuesta por la Encíclica Quadragesimo Anno de Pío **XI,** citada por el C**ONCILIO** V**ATICANO 11** en la Constitución pastoral «Gaudíum et Spes», nn. 31, 63, 65, y sobre todo en las encíclicas de J**UAN** **XXIII** Mater et Magistra, nn. 4044, y Pacem in Terris, n. 74. Véase H**ÁRING,** Libertad y fidelidad...

Estos principios son tan obvios que parece absolutamente superfluo querer recordarlos en un curso de bioética; pero hay que hacer notar no obstante que la situación sanitaria mundial no permite dar un juicio satisfactorio, si pensamos en los pocos medios de curación, en las escasas estructuras sanitarias con que cuentan los países en vías de desarrollo, en los que, sin embargo, la necesidad es mayor. Además, de cuando en cuando se alzan voces, incluso en los países desarrollados, según las cuales, al no poder el Estado hacer frente a los enormes gastos sanitarios, habría que gastar adoptando el principio economicista de costos/ beneficios; por lo cual se estaría tentado a destinar el mayor costo sanitario no ya a los enfermos más graves aunque fueran incurables, sino a los ciudadanos con capacidad aún productiva. Ante el aumento creciente del costo sanitario, a lo más, se deberían pedir mayores sacrificios a quien mejor puede sostenerlo; pero, precisamente en nombre del principio de subsidiariedad, nunca se deberá sustraer el cuidado asistencial al enfermo que más sufre o más grave está.

Es por este camino, en efecto, por donde va la idea de la llamada «eutanasia social», motivada por la elección dramática e infausta de las sociedades a costa de los enfermos incurables, de los discapacitados graves y de los enfermos mentales[184]. Es en ese momento cuando la sociabilidad se volvería un contrasentido y pervertiría su significado. La socialización de la medicina como programa de política sanitaria es un modelo de organización sanitaria diverso de la medicina liberal y de la colectivista, que tiene como objetivo ideal proporcionar a todos, en igual medida, los medios gratuitos de curación y asistencia sanitaria, promoviendo al propio tiempo el respeto a la libertad de los ciudadanos y su participación activa. Se trata de una modalidad de aplicación del principio de sociabilidad que echa sobre el Estado democrático el peso de la organización de los servicios sanitarios, aunque los ciudadanos sean libres de elegir su médico y las estructuras de salud. Ciertamente, hay que considerar como válida esa intención, por más que no esté exenta de riesgos de centralismo burocrático, de exceso de gastos, de nivelación del estándar asistencial, así como de una politización de las instancias que dirigen !a organización sanitaria. Más adelante tendremos ocasión de reflexionar con mayor amplitud sobre la situación de la medicina como ciencia, como asistencia y como organización sanitaria.

---

[163]

Los principios de beneficencia, de autonomía y de justicia

En la literatura específica sobre bioética, especialmente en la anglosajona, es fácil encontrar referencias a otros principios

[184] FRANCHINI A., Le grandi scoperte delía medicina, en AGAZZI E. (coord.), Storia delle scienze, n, Roma 1984, p. 388; RENTCHNICK P., Euthanasie: évolution du concept d'«euthanasie» au cours de ces c'mquants dernières années, «Médecine et Higyène», 1984, 29 février, pp. 653-666.

fundamentales que deberían guiar al médico en su relación con el paciente y, en general, en toda acción o elección hecha en el campo biomédico.

En el capítulo relativo a la fundamentación ética en Bioética, ya se dijo que en el ámbito del debate en Estados Unidos se ha difundido el llamado «prin-cipialismo». Se trata de la ética propuesta por T. L. Beauchamp y J. F. Childress en su conocido libro Principies of biomedical ethics. Los autores han elaborado una suerte de «paradigma» ético dirigido a quien actúa en el campo sanitario, a fin de proporcionar una referencia práctico-conceptual que los pueda orientar en situaciones concretas. Este «paradigma» consiste en la formulación de los principios de autonomía, de beneficencia, de no maleficencia y de justicia, interpretados a la luz de dos teorías, el utilitarismo y la simple deontología (de los que ya hemos hablado).

Aunque dicho paradigma ético ha tenido una notable difusión sobre todo en el área angloamericana (si bien también en Europa cuenta con muchos seguidores), no han faltado en la literatura algunas observaciones críticas.

Indudablemente, los tres principios contienen elementos válidos y, viéndolo bien, podrían corresponder a los principios indicados en párrafos precedentes (respectivamente, el principio terapéutico, el principio de libertad-responsabilidad, y el principio de subsidiariedad). Pero si tales principios nos parecen estar vinculados entre sí coherentemente mediante una antropología personalista fundamental —que se refiere en definitiva a un bien integral de la persona, tal como surge del análisis de sus características connaturales con su esencia—, no así estos últimos, que a menudo son considerados como principios absolutos y que, sobre todo, no aclaran qué se debe entender, por ejemplo, por bien de la persona y por autonomía del individuo. La relación entre médico y paciente, y entre médico y sociedad, no puede tener una sola dimensión horizontal, que agote la relación misma: la referencia última para todos (para el médico, el paciente y la sociedad) debe situarse fuera de ellos, debe trascenderlos. Y así, sólo la referencia a un bien objetivo integral podrá evitar el gran peligro de desembocar en el más absoluto relativismo.

La formulación de los principios sin una fundamentación ontológica y antropológica hace que éstos se vuelvan estériles y confusos. Hay que sistematizar y jerarquizar, a fin de poder organizar y unificar su significado. Por este motivo, si releemos tales principios conforme a una conexión jerárquica (ontológicamente fundada) aparece su validez, además de su sentido: del principio de beneficencia se pasaría al principio de autonomía, y luego al de justicia (en caso de surgir un conflicto en la aplicación del principio precedente).

---

[164]

El principio de beneficencia ocuparía el vértice, como referencia última, y respondería al fin primario de la medicina —en una visión naturalista— que es el de -promover el bien para con el paciente o la sociedad, y de evitar el mal. Es desde luego algo más que el hipocrático primum non nocere (ante todo no dañar), llamado también «principio de no maleficencia», que implica sobre todo el imperativo de hacer activamente el bien y también de prevenir el mal. El término de beneficencia resultaría más adecuado que el de simple benevolencia, en cuanto que subrayaría el hecho de tener que hacer efectivamente el bien y no simplemente querer hacerlo o desear hacerlo.

El principio de autonomía se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Este principio se inspira en la máxima «no hacer a los demás lo que no quieras que te hagan a ti» y es, por tanto, en el que se basa una moralidad inspirada en el respeto mutuo. En este principio se basan sobre todo la alianza terapéutica entre el medico y el paciente, y el consentimiento en los tratamientos diagnósticos y terapéuticos; este principio forma parte integrante, también, de la beneficencia y está al servicio de la misma.

Obviamente un principio semejante puede no ser aplicable a los pacientes psiquiátricos, por ejemplo en las situaciones de demencia o de psicosis graves, o cuando se es incapaz hasta de manifestar el consentimiento mismo (pacientes en coma, menores de edad, etcétera). La referencia en este caso sería entonces el principio de beneficencia o incluso un tercer principio, el de justicia.

El principio de justicia se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, para la investigación, etcétera. Y aunque esto no quiera decir ciertamente que hay que tratar a todos de igual manera, porque las situaciones clínicas y sociales son diversas, debería comportar de todos modos la adhesión a algunos datos objetivos como, por ejemplo, el valor de la vida y el respeto a la proporcionalidad en las actuaciones.

Hay otros puntos críticos que aparecen en la literatura en relación con el «prin-cipialismo», que referiremos brevemente.

Algunos autores han puesto de relieve el carácter inagotable de tales principios explicando lo que es la experiencia moral. La riqueza infinita de la vida moral escapa a un posible encasillamiento sistemático y rígido dentro de unos principios. Al centrar el paradigma principialista su atención en la aplicación de los principios a la práctica, corre el peligro de olvidar la experiencia moral.

Por otra parte, la elaboración de los principios tiende a desarrollar una actitud pasiva de obediencia, más que un comportamiento activo de compromiso moral. No basta con aplicar ciertos principios a una situación determinada, sino que el agente tiene que comprender el sentido mora! intrínseco del acto que lleva a cabo.

[165]

Si releemos los principios angloamericanos en una perspectiva teórica justificada (ontológica y antropológicamente), como decíamos, emerge de ello el sentido último. Si retomamos la jerarquización antes propuesta (es decir, la prioridad del principio de beneficencia, seguido del principio de autonomía y del de justicia); y si recobramos después el paradigma principialista en el contexto de la prioridad del valor fundamental del bien de la persona humana, se puede captar la atención tanto al dato de la experiencia moral, como a la intencionalidad del agente (la acción no es simple aplicación extrínseca de unos principios, sino un comportamiento orientado a la realización del bien propio y ajeno). Los principios proporcionan indicaciones generales de comportamiento, pero es el valor ético del bien de la persona como fin último que se debe alcanzar, el que confiere el sentido último de la acción[185].

Las situaciones de conflicto y los principios para resolverlas

La experiencia ética no tiene nada que ver con datos matemáticos. La experiencia moral tiene que ver más bien con situaciones históricas y con subjetividades: incluso en las conciencias más esclarecidas surgen conflictos de juicio y perplejidades en cuanto a cómo actuar.

Se discute si esta posibilidad de conflicto se debe a la conflictividad de los valores o más bien a la dificultad para evaluarlos. La teología católica niega que puedan existir conflictos reales e invencibles, en líneas generales, porque sería como admitir la contradicción en Dios mismo, que es a un tiempo autor de la realidad y de la ley moral. El conflicto se debe, por tanto, a las limitaciones, a la imperfección y a los condicionamientos de la conciencia valorativa. La teología protestante ve en ciertas situaciones de conflicto invencible, un síntoma del estado de pecado en que se encuentra la humanidad. Pero-la discusión tiene un saborteórico porque en la realidad lo que surgen son conflictos de conciencia, así como surgen también graves perplejidades en el ámbito de las decisiones médicas[186].

Ante la problemática moral, la tradición teológica ha elaborado y discutido ciertos principios secundarios con que se pueden esclarecer estas situaciones conflictivas; son dos principalmente: el principio del mal menor y el principio del voluntario indirecto. Dediquemos unas palabras a recordar el significado apropiado de tales principios.

---

[185] Respecto de la ética principialista, véase el libro ya citado de BEAUCHAMP, CHILDRESS, Principies of biomedical ethics. En cuanto a la crítica del principialismo, véase CLOUSER K.D., GERT B., A critique of principalísm, «Journal of Medicine and Phylosophy», 1990, 15 (2), pp. 219-236; PELLEGRINO, THOMASMA, For the patient 's good...; PALAZZANI, Bioética dei principi...

[186] GÜNTHOR, Chiamata..., I, p. 437.

[166]

El mal menor

En una situación de conflicto en la que a veces se tiene que escoger entre dos males —cuando por mal se entiende también la omisión— no se puede generalizar, porque no estamos obligados a cumplir simultáneamente todos los deberes, de ta! manera que siempre, para no omitir uno de ellos, tengamos que omitir forzosamente otro irrecuperable. Afortunadamente las situaciones de conflicto son raras, pero existen. Es importante, por esto, encontrar un principio de prioridad o de jerarquía para aclarar las situaciones.

Está, ante todo, la distinción que permite establecer un primer rango de precedencias y de jerarquías: la distinción entre mal físico y mal moral.

Puesto que el mal moral compromete al bien superior, espiritual y, en definitiva, a la relación con Dios, cuando se da el conflicto dramático de elegir entre un daño físico o material y un daño moral, no hay duda de que se habrá de sacrificar el bien o los bienes materiales; bienes materiales que no son sólo los económicos, sino también los de tipo social (armonía con los demás, el puesto de trabajo, etcétera). Ante la imposición de hacer un mal moral, el sacrificio de la vida física misma se debe juzgar objetivamente como justificado (martirio). Lo cual no equivale al suicidio, porque la culpa recae en quien plantea el conflicto[187].

Cuando se trata de dos males morales, es obligado rechazar ambos, porque el mal moral no puede ser objeto de elección y esto incluso cuando, rechazando el que se presenta como mal menor, se provoca un mal mayor. Se pone el ejemplo de cuando se induce a alguien a cometer un robo o a destruir documentos con la amenaza de que, de otro modo, se produciría una violencia sexual o la muerte de otras personas. Con todas las atenuantes que puedan tomarse en consideración en el plano subjetivo, desde el punto de vista objetivo el hurto no se debe llevar a cabo, porque es malo; y cuando de tal rechazo se derivara una venganza cualquiera con un mal moral más grave, ello no sería imputable a quien decidió llevar a cabo el mal.

Pero el ejemplo más accesible y frecuente es el del médico general o el del ginecólogo que se enfrenta al dilema planteado por la paciente que solicita que se le prescriban anticonceptivos, porque, de otro modo, se ha propuesto abortar (mal mayor respecto de la anticoncepción). La eventualidad del aborto no sería imputable al médico, especialmente si éste instruyó a la paciente de que tan mala es una opción como la otra, y de que existen caminos intermedios para evitar ambas situaciones.

[187] **STO. TOMÁS DE AQUINO,** Summa Theologiae, I, q. 48, a. 6.

Está, luego, la eventualidad de tener que elegir (y por esto, padecer) entre dos males físicos, uno menor y otro mayor. Es evidente que la orientación es que normalmente

---

[167]
se puede y se debe preferir e! mal físico menor tanto si concierne a los demás como si concierne a uno mismo. Pero se puede dar el caso de que un sujeto pueda lícitamente escoger el mal físico mayor ante un motivo razonable y proporcionado de orden superior. Por ejemplo, un enfermo de cáncer puede rechazar los analgésicos padeciendo un dolor físico mayor, porque quiere mantener la lucidez mental para conversar con los familiares o tener la posibilidad de dar un sentido religioso a su sufrimiento. Con esto, y en líneas generales, no se anula la licitud de la utilización de analgésicos[188].

La acción de doble efecto (voluntario indirecto)

Así como la terapia farmacológica implica a menudo efectos secundarios ligados al efecto terapéutico principal directamente buscado, ocurre igualmente con frecuencia en la experiencia moral que a una acción buena —y a veces incluso necesaria— estén ligadas consecuencias negativas previsibles.

El mismo trabajo cotidiano de todos nosotros, desempeñado con fidelidad y asiduidad, por deber, puede comportar en ocasiones efectos negativos para la salud. Desde hace tiempo los moralistas han puesto en claro algunos principios para superar la duda ante la situación de la acción de doble efecto, uno positivo y otro negativo, a fin de evitar por una parte la perplejidad que paraliza, y por la otra, la despreocupación maquiavélica[189].

He aquí, en síntesis, las orientaciones propias de esta situación. Es lícito llevar a cabo una acción (u omitirla deliberadamente) incluso cuando esta elección comporte también un efecto malo, con las siguientes condiciones:

1. que la acción buscada sea en sí buena, o por lo menos moralmente indiferente;
2. que el efecto bueno sea directamente buscado por la persona que actúa por lo que se refiere tanto a los efectos cuanto a la intención;
3. el permitir o aceptar indirectamente el efecto malo debe tener una motivación adecuada y proporcionada, lo cual quiere decir que el efecto bueno debe tener un peso proporcionado para justificar la aceptación, aunque sea indirecta, del efecto malo.

---

[188] **GÜNTHOR,** Chiamata..., I, pp. 435-440; **QUARELLO** E., Male físico e male morale nei conflitti di coscienza, «Salesianum», 1972, 34, pp. 295-318.
[189] **GÜNTHOR,** Chiamata..., i, pp. 530-534; **FRATTALONE** R., **VOZ** Persona e atto morale, en **COMPAGNONI, PIANA, PRIVITERA,** Nuouo Dizionario..., pp. 936-951; **PRIVITERA** S., **VOZ** Principii morali tradizionalí ibid., pp. 987-996.

Como puede comprobarse, estas orientaciones o normas parten del supuesto de que el mal no puede ser nunca objeto de una opción directa, y que el fin bueno

[168]

no puede alcanzarse a través de acciones malas. Estamos, pues, dentro de la moral que se justifica ante todo por el objeto directo del acto, por lo cual no nos situamos ni en la perspectiva de la teoría del intencionalismo, ni en la del éxito a cualquier precio.

Hay que aclarar, finalmente, que cuando se habla de efecto malo, se entiende una consecuencia vinculada efectivamente con otros factores no previsibles o, en cualquier caso, no necesariamente vinculados.

Por ejemplo, se trata de una acción de doble efecto aquella por la que el médico tiene que operar a un paciente con un tumor en órganos implicados en la procreación y que indirectamente causa la esterilidad (esterilización terapéutica). No entra dentro del voluntario indirecto, o acción de doble efecto, el hecho de que un médico, al tener que entrar en la casa de un paciente por una necesidad urgente, algunas personas de mala fe lo acusen sin motivo de robo o de mantener relaciones inmorales.

Es obvio, y no hay que explicarlo, que se tiene que tratar de evitar un efecto negativo sin daño grave de la persona y, por esto, superar la vinculación con el efecto negativo.

En un libro como el presente, dirigido fundamentalmente a los investigadores y a los profesionales de las ciencias biomédicas, pasamos por alto algunas nociones propias de los tratados de teología moral como son el concepto de epicheia o el de opción fundamental[190].

---

[190] La epicheia es un concepto predominantemente jurídico fundamentado en el supuesto motivado de que, ante un caso concreto no previsto por la ley, tal caso se habría resuelto en una cierta dirección si el legislador lo hubiera considerado. Tal suposición se basa en la línea interrogativa de la ley. La opción fundamental es un concepto de la teología moral más reciente, según el cual lo que es importante captar o evaluar en la vida moral es la consistencia de la orientación fundamental del fiel hacia Dios. Sólo cuando faltara o se rechazase esta orientación, se estaría en situación de auténtico «pecado». Mientras tanto, tal orientación puede coexistir con acciones no siempre coherentes con esa opinión, por fragilidad, o en cualquier caso, en la incertidumbre de conciencia, sin que ello determine el rechazo de Dios. En el ámbito de la opción fundamental la conciencia, según esta visión, debería gozar de una cierta libertad hermenéutica ante las situaciones concretas y no anquilosarse en normas rígidas. El riesgo de esta visión es el de caer en la autonomía entre valores y normas, entre teleología y deontología: la acción concreta, en realidad, es un fruto que confirma la opción fundamental, y la norma debería ser su custodia y garantía. No se puede negar ciertamente la eficacia pedagógica de la opción fundamental como orientación de la personalidad y como horizonte global de la vida (DEMMER K., voz Opzione

[169]

BIBLIOFRAFÍA

Aa.Vv., La fondazione della norma morale nella riflessione teologica e marxista contemporanea, Debordane, Bolonia 1979.

—, Ricerca morale e scienze umane, Dehoniane, Bolonia 1979.

—, La teologia morale nella storia e nella problematica attuale (coord. por la Pontificia Universidad «Santo Tomàs» de Roma), Massimo, Milàn 1982.

—,Saggi di medicina e scienze umane, Istituto Scientifico Ospedale S. Raffaele, Milàn 1984.

—, Moral theology today; certitudes and doubts, The Pope John Center, Saint Louis 1984.

—, Scienza e bioetica: quale il fondamento?, «Società e Salute», 1986, 44/5, 45-49.

—, Attualità della teologia morale, Urbaniana Univ. Press, Roma 1987.

—, La dimensione etica nelle società contemporanee, Fond. G. Agnelli, Turin 1990.

—, Bioéthique, Pouvoirs, Pans 1991.

Ackroyd D.E., A rejection of doctors as moral guides, «J. Med. Ethics», 1984, 10, 147.

Adorno E., Lombardo P.K., Natura e genesi della legge naturale: suoi rapporti con il diritto positivo, en Albano G., Maiorano G. (coord.), Persona umana e medicina, Ospedale Miulli, Acquavi va delle Fonti, 1985, pp. 123-129.

Anderson G, Moral norms and social consensus: toward the anthropological foundations of human rights, en Atti del Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Persona, verità e morale» (Roma 7-12 de abril de 1986), Città Nuova, Roma 1987, pp. 373-379.

Angelini G., Individuazione delle norme e loro significato teologico-morale, en Berti E. (coord.), Problemi di etica: fondazione, norme, orientamenti, Gregoriana, Padua 1990.

Aristóteles, Etica Nicomaquea, UNAM, Mexico 1983.

Ashley B.M., Scriptural grounding of concrete moral norms, en Pontif. Istituto Giovanni Paolo II, Atti del Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Persona, verità, morale» (Roma 7-12.4.1986), Città Nuova, Roma 1987, pp. 637-653.

—, The use of moral theory by the Church,, en Aa.Vv., Human sexuality and personhood, The Pope John Center, St. Louis 1981, pp. 223-243.

---

fundaméntale, en COMPAGNONI, PIANA, PRIVITERA (coord.), Nuovo Dizionario..., pp. 854-861).

—, O'Rourke K.D., Health care ethics, CHA, St. Louis 1982.

Aubert J.M., Y a-t-il des normes morales universelles?, en Pinto de Oliveira C. (ed.), Universalité et permanence des lois morales, Ed. Univ. Friburgo, Friburgo-Cerf 1986, pp. 314-330.

Badia L.F., Sarno R.A., Morality: how to live it today, Alba House, Nueva York 1979.

Balthasar U. von, Nove tesi sull'etica cristiana, en Aa.Vv., Prospettive di morale cristiana, Città Nuova, Roma 1986, pp. 59-79.

---

[170]

Basttanel S., // carattere specifico della morale cristiana, Cittadella, Asís 1975.

—, Autonomia morale del credente, Morcelliana, Brescia 1980.

Baumgartener A., Korff W., Das Prinzip Solidarität. Strukturgesetz einer versantwortatert Welt, «Stimmen der Zeit», 1990, 4, 237-250.

Bausola A. Natura e progetto dell'uomo, Vita e Pensiero, Milán 1977.

—, Libertà e responsabilità, Vita e Pensiero, Milán 1980.

—,Perchè il mondo respiri nuovi valori, «Medicina e Morale», 1986, 2, 275-27'8.

Beauchamp T.L., Childress J.F., Principles of biomedical ethics, Oxford University Press, Oxford 1989.

Becker E., /7 rifiuto della morte, Paoline, Roma 1982.

Bednarski F.A., La bellezza della cultura morale, en Aa.Vv., Attualità della teologia morale, Pont. Univ. Urbaniana, Roma 1987, pp. 191-209.

Benjamin M., Lay obligations in professional relations, «J. Med. Phil. », 1985, 1, 85-103.

Black S.D., In defence of situational ethics. The NHS and the permissive society, «J. Med. Ethics», 1984, 10, 121.

BöCKLE F., Morale fondamentale, Queriniana, Brescia 1979.

Bonjean G. et al., Le refus de soins. La dimension éthique du problème, «Medicine et Hygiène», 1984, 11 avril, 1184-1190.

Bontadini G, Libertà e valore, «Per la Filosofia», 1985, 5, 10-15.

Botti C. (coord.), La bioetica nell'era postmoderna, Conversación con T.H. Engelhardt jr., «Politeia», 1991, 24, 9-16.

Broad CD., Ethics, Martinus Nijhoff P., Dordrecht 1985.

Brouillard H, Barth K., Genèse et évolution de la théologie dialectique, Montagnier, París 1957.

Brugues J.L., La loi morale et la formation du jugement moral chez S. Thomas d'Aquin, en Pinto de Oliveira C. (ed.), Universalité et permanence des lois morales, Ed. Univ. Friburgo, Friburgo-Cerf 1986, pp. 136-149.

Caffarra C, L'autorità del Magistero in morale, en Pinto de Oliveira C. (ed.), Universalité et permanence des lois morales, Ed. Univ. Friburgo, Friburgo-Cerf 1986, pp. 172-191.

Cahjll L.S., Contemporary challenges to exceptionless moral norms, en Aa.Vv., Moral theology today: certitudes and doubts, The Pope John Center, St. Louis 1984, pp. 117-136.
Carograssi G., Introduzione alla vita etica, Studium, Roma 1976.
Capone O., Oggettività dell'ordine morale nel giudizio di coscienza, en Pinto de Oliveira C. (ed.), Universalité et permanence des lois morales, Ed. Univ. Friburgo, Friburgo-Cerf 1986, pp. 389-408.
Cavalla F., Sul fondamento delle norme etiche, en Berti E. (coord.), Problemi di etica: fondazione, norme, orientamenti, Gregoriana, Padua 1990.
Chimirri G. La relazione mezzi/fine in morale, «Rivista di Teologia Morale», 1991, 2, 245-250.

---

[171]

Ciccone L., «Non uccidere». Questioni di morale della vita fisica, i, Ares, Milàn 1984.
—, Morale e ricerche biologiche oggi, en Salute e malattia. Questioni di inorale della vita fisica, n, Ares, Milàn 1986, pp. 516-537.
Clouser K.D., voz Bioethics, en Reich W.T. (ed.), Encyclopedia of bioethics, Free Press, Nueva York 1978, i, pp. 115-117.
—, Gert B., A critique of principialism, «Journal of Medicine and Philosophy",3990, 15, 2, 219-236.
Compagnoni F., L'intenzione dell'agente nella determinazione della moralità, en Finto de Oliveira C. (ed.), Universalité et permanence des his morales, Ed. Univ. Friburgo, Friburgo-Cerf 1986, pp. 330-344.
—, Rossi T., Fede, morale e politica, «Riv. di Teologia Morale», 1991, 1, 45-51.
COMPOSTA D, Nuove impostazioni della teologia morale, en Pinto de Oliveira C (ed.),Universalité et permanence des lois morales, Ed. Univ. Friburgo Friburgo-Cerf 1986, pp. 258-277.
—, L'intenzione come momento costitutivo dell'atto morale, en Aa,.Vv., Attualità della teologia morale, Pontif. Univ. Urbaniana, Roma 1987, pp. 87-110.
CONCETTI G., Le esigenze dell'ordine e le direttive della Chiesa, en CONCETTI G. (coord.), Bambini in provetta, Logos, Roma 1986, pp. 97-161.
CONCILIO VATICANO II, Constitución pastoral «Gaudium et Spes» (11.4.1965), en Documentos del Vaticano II, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 197529, pp 177-297.
COTTIER G., L'interpretazione dei valori morali. Punti di convergenza, en Aa.Vv., Società e valori etici, Città Nuova, Roma 1987, pp. 169-189.
COZZOLI M-, Ifondamenti della vita morale. Ave, Roma 1982.
CROSBY J., The creaturehood of the human person and the critique of proportionalism, en Atti del Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Persona, verità, morale», Città Nuova, Roma 1987, 195-201.

CURRAN CE., Directions in fundamental moral theology, Gill McMillan, Dublin 1986, p. 286.
—, Critical concerns in moral theology, Univ. Notre Dame Press, Notre Dame 1984.
—, Mc Cormick R.A., Readings in moral theology, 5 vols., Paulist Press, Nueva York 1986.
DA RE A., L'etica tra felicità e dovere, Dehoniane, Bolonia 1986.
DE FINANCE J., Etica generale, Tipogr. Meridionale, Cassano Murge 1982.
—, L'ontologia della persona e della libertà in Maritain, en Aa.Vv., Jacques Maritain oggi, Vita e Pensiero, Milàn 1983, pp. 156-173.
—, I fondamenti metafisici della libertà, «Per la Filosofia», 1985, 5, 2-9.
—,L'ouverture et la norme. Questions sur l'agir humaine, Libreria Vaticana, Ciudad del Vaticano 1989.

---

[172]

Demmer K Interpretare ed agire. Fondamenti della morale cristiana, Paoline, Cinise-Ho Balsamo 1989.
—, voz Opzione fondamentale, en Compagnoni, Piana, Privitera (coord.), Nuovo Dizionario di teologia morale, Paoline, Cinisello Balsamo 1990, pp. 854-861.
De Virgilio G , Fondamenti della morale cristiana, «Riv. di Teologia Morale», 1990, 3, 325-331.
Durano G., La bioéthique, Cerf/Fides, Paris 1989.
Edelman J-T, An audience for moral phylosophy?, MacMillan, Hampshire 1990.
Engelhardt T.H. jr., The foundations of bioethics, Oxford University Press, Nueva York 1986.
Ferrari V., // compito morale e la sua distribuzione, en Aa.Vv., Attualità della teologia morale, Pontif. Univ. Urbaniana, Roma 1987, pp. 43-62.
Finnis J., Fundamentals of ethics, Clarendon Press, Oxford 1983.
Flick M., Alszeghy Z., Il peccato originale, Queriniana, Roma 1972.
Franchini A., Le grandi scoperte della medicina, en Agazzi E. (coord.), Storia delle scienze, il, Città Nuova, Roma 1984, p. 388.
Frankena W.K., Etica. Una introduzione alla fdosofia morale, Ed. di Comunità, Milàn 1981.
Frattallone R., voz Persona e atto morale, en Compagnoni, Piana, Privitera (coord.), Nuovo Dizionario di teologia morale, Paoline, Cinisello Balsamo 1990, pp. 932-952.
Fuchs J., Responsabilità personale e norma morale, Dehoniane, Bolonia 1978.
—, Innovative Moral, «Stimmer der Zeit», 1991, 3, 181-191.
Gevaert J., //problema dell'uomo, LDC, Leumann (To) 1978.
Geymonat L., Studi per un nuovo razionalismo, Chiantore, Turin 1945.
Gianformaggio L., Natura/artificio nella politica dell'ambiente e nell'etica

della vita, en Dì Meo A., Mancina C. (coord.), Bioetica, Latterza, Bari 1989, pp. 135-145.
Gianola P., Sviluppo - Morale - Educazione; Etica assente, giudicante, mediatrice, en Aa.Vv., L'etica tra quotidiano e remoto, Dehoniane, Bolonia 1984, pp. 401-445.
Gillespie N, Moral reasons and the generalization text in ethics, en Potter H., Timmons M. (eds.), Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 185-297.
Gillon R., Medicine and moral phylosophy, «J. Med. Ethics», 1983, 9, 3-4.
Ginters R., Valori, norme e fede cristiana, Marietti, Genova 1992.
Gismondi P., Morale e diritto, en Aicardi L. (coord.), Scienza e origine della vita, Orizzonte Medico, Roma 1986, pp. 16-19.
Goffi T., La morale è semplicemente umana?, «Riv. di Teologia Morale», 1989, 4, 87-90.
—, Piana G. (coord.), Corso di morale. I. Vita nuova in Cristo (Morale fondamentale e generale), Queriniana, Brescia 1983.
GoROvrrz S., Moral philosophy and medical perplexity: comments on «How virtue become vice», en Engelhardt H.T., Spicker S.F. (eds.), Evaluation and explanation in the biomedical sciences, Reidel, Dordrecht 1975, I, pp. 113-125.

---

[173]

Gorr M., Reason, impartiality and utilitarianism, en Potter M., Timmons M. (eds.), Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 115-119.
Grima G., The role of the Church in bioethics, en Cortis T. (ed.), Bioethics, Ministry for Soc. Pol., La Valletta 1989, pp. 17-21.
Guarini R., Breve corso di morale laica, Rizzoli, Milán 1987.
Günthor A., Chiamata e risposta, Paoline, 3 vols., Roma 1982.
Hamel E., La morale cristiana e la cultura contemporanea, en Aa.Vv., Attualità della teologia morale, Pontif. Univ. Urbaniana, Roma 1987, pp. 11-22.
Hanink J., Humility and moral foundationalism, en Atti del Congresso Internazionale di Teologia morale su «Persona, verità e morale» (Roma 7-12 de abril de 1986), Città Nuova, Roma 1987, pp. 779-787.
Hartng B., Libertad y fidelidad en Cristo, 3 vols., Herder, Barcelona 1981-1983.
—, Norma e libertà, en Demmer K., Schuller B. (eds.), Fede cristiana e agire morale, Cittadella, Asís 1980, pp. 201-231.
—, Fede, storia, morale, Boria, Roma 1989.
Harrison J., Utilitarianism, universalization, heteronomy and necessity, en Potter N., Timmons M. (eds.), Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 237-267.
Hartmann N., Etica, Guida Editori, 3-vols., Ñapóles 1969-1972.
Heller A., Le condizioni della morale, Editori Riuniti, Roma 1985.
Hirsch E., Urgence: débat, en Aa.Vv., La défi bioéthique, Autrement, Paris 1991, pp. 84-95.

Iandolo C, Etica clinica e bioetica, «G. Ital. Form. Perm. Medico», 1987, XV, 88-103.
Illanes Maestre J.L., Continuidad y discontinuidad en el Magisterio sobre cuestiones morales. Trasfondo de un debate, en Atti del Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Persona, verità e morale» (Roma 7-12.4.1986), Città Nuova, Roma 1987, "pp. 255-269.
Juan XXQT, Enciclica «Pacem in Terris», en Iribarren J., Gutiérrez J.L. (eds.), Ocho grandes mensajes, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1979", pp. 201-258.
—, Encíclica «Mater et Magistra», ibid., pp. 121-200.
Kaczynski E., «Verità sul bene» nella concezione della morale, en Aa.Vv., La teologia morale nella storia e nella problematica attuale, Massimo, Milán 1982, pp. 303-337.
Kamm F.M., The choice between people: «common sense» morality and doctors, «Bioethics», 1987, 3, 255-271.
Kiely B., Science and morality, en Aa.Vv., New life, Four Courts Press, Belfast 1987, pp. 63-71.
Komrad M.S., A defence of medical paternalism: maximising patients' autonomy, «J. Med. Ethics», 1983, 9, 38-44.
Kopelman L.M., Whath is applied about «appliedphilosophy»?, «J. Med. Phil.», 1990, 2, 199-218.
Lalande A., Vocabulaire technique et critique de la philosophic, Paris 1968, pp. 1182-1186.

---

[174]
Larmore CE. Le strutture della complessità morale, Feltrinelli, Milan 1990.
Lecaldano E Im sfida dell'etica applicata e il ragionamento in morale, en Aa.Vv., Questioni di bioetica, Ed. Riuniti, Roma 1988, pp. 37-73.
—, Principi e basi razionali di un'etica non-religiosa, en Berti E. (coord.),Problemi di etica: fondazione, norme, comportamenti, Gregoriana, Padua 1990.
Lejeune J. Existe-t-ìl une moral naturelle?, en Atti del Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Humanae Vitae: venti anni dopo» (Roma 7-12 de noviembre de 1988), Ares, Milan 1989, pp. 363-371.
Lévinas E., Etica e infinito, Città Nuova, Roma 1984.
Lévy-Bruhl L., La morale et la science des moeurs, Alcion, Pan's 1903.
Limât R. et al.. Du soin à la contrainte. Quelques interrogations éthiques vécues per Tinfirmier(e) dans la pratique des soins, «Médecine et Higyène», 1984, 42, 1177-1182.
Lorenzetti L. (coord.), Trattato di etica teologica, I.II, Dehoniane, Bolonia 1981.
Luppi S., Bolognini S., Conclusioni comuni, en Lombardi Vallauri L. (coord.), // meritevole di tutela, Giuffrè, Milan 1990, pp. 373-383.
MacIntyre A., How virtues become vices: values, medicine and social context, en Engelhardt H.T., Spicker S.F. (eds.), Evaluation and

explanation in the biomedical sciences, Reidel, Dordretch 1975, I, pp. 97-113.
Mac N amara V., Faith and ethics, Gill and MacMillan, Dublin 1985.
Malherbe J.F., Médecine, anthropologie et éthique, «Médecine de l'Homme», 1985, 156/157, 5-12.
Mapa del Desarrollo Sanitario en la Region Africana (Maputo, 24.9.1979).
Maritain, J., Filosofia moral, Morata, Madrid 1966.
—, I diritti dell'uomo e la legge naturale, Vita e Pensiero, Milan 1977.
—, Nove lezioni sulle prime nozioni della filosofia morale, Vita e Pensiero, Milan 1979.
—, Nove lezioni sulla legge naturale, Jaca Book, Milan 1985.
—, La loi naturelle ou loi non écrite, Edit. Universitaires, Friburgo 1986.
Mazen N.J., Ethique: un nouveau type de science? Ethics: a new field of science? «Journal Intern, de Bioéth.», 2, 1991, 105-117.
McCormick R., Notes on moral theology. 1981 through 1984, Univ. Press of Amer., Lanham (MD) 1984.
—, La recherche bioéthique et les donnés de la foi, en Aa.Vv., Biologie et éthiques, Lumière et Vie, Lyon 1985, pp. 73-83.
McHugh J., Moral principles and public policy, en Aa.Vv., Attualità della teologia morale, Pontif. Univ. Urbaniana, Roma 1987, pp. 231-247.
McInerny R., Fundamental option, en Atti del Congresso Intemazionale su «Persona, verità e morale» (Roma 7-12 de abril de 1986), Città Nuova, Roma 1987, 427-435.
McKeever P.E., Proportionalism as a methodology in Catholic moral theology, en Aa.Vv., Human sexuality and personhood, The Pope John Center, St. Louis 1981, pp. 211-223.

---

[175]
Melchiorre V,, Essere e parola. Idee per una antropologia metafisica, Vita e Pensiero, Milàn 1984.
Melina L., La conoscenza morale. Linee di riflessione sul Commento di S. Tommaso all'Etica Nicomachea, Città Nuova, Roma 1987.
—, Morale: tra crisi e rinnovamento, Ares, Milàn 1993.
Meneghilli R., Coscienza e legge nella Chiesa Cattolica, en Aa.Vv., La fondazione della norma morale, Dehoniane, Bolonia 1979, pp. 231-252.
Mieth D., Theological and ethical reflections on bioethics, en MIETH D., POHIER J. (eds.), Ethics and the natural sciences, T. y T. Clark Ltd., Edimburgo 1989, pp. 26-39.
MOLINARO A., Dispense al corso «Il principio della gerarchia dei valori»., PUG, Ano académico 1986/87.
Moltmann J. (coord.), Le origini della teologia dialettica, Queriniana, Brescia 1976.
Mondin B., Progettualità umana e libertà, «Per la Filosofia», 1985, 5, 27-35.

—, I valori fondamentali della persona, della morale e della religione in prospettiva planetaria, en Aa.Vv., Attualità nella teologia morale, Pont. Univ. Urbaniana, Roma 1987, pp. 23-41.
Mongiano D.M., La responsabilità morale degli scienziati: panorama delle concezioni epistemologiche contemporanee, «Medicina e Morale», 1989, 2, 233-271.
Moravia S., Uomo e valori nell'età del disincanto, en Gargani à. (coord.), Il destino dell'uomo nella società post-industriale, Laterza, Bari 1987, pp. 55-60.
Mosso S., Il ruolo della connaturalità affettiva nella conoscenza morale secondo J. Maritain, en Possenti V. (coord.), Atti del Convegno su «Jacques Maritain oggi» (Milàn 20-23 de octubre de 1982), Vita e Pensiero, Milan 1983, pp. 525-546.-
Mouroux J., Sens chrétien de l'homme, Aubier, Paris 1945.
Nakhnikian Ci., Kantian universalizability and the objectivity of moral judgements, en Potter N., Timmons N. (eds.), Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 187-237.
Narveson J., The how why of universalizability, en Potter N., Timmons M. (eds.), Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 3-47.
Neufeld K.H., Che cosa è possibile, lecito, d'obbligo fare?, en Aa.Vv., Società e valori etici, Città Nuova, Roma 1987, pp. 62-86.
Nielsen K., Universalizability and the Commitment to impartiality, en Potter N., Timmons M., Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 91-103.
O'Connel L.J., Basic questions in bioethics today, en Cortis T. (ed.), Bioethics, Ministry for Soc. Pol, La Valletta 1969, pp. 69-83.
O'Donnel T.J., Medicine and Christian morality, Alba House, Nueva York 1976.
O'Neill O., Consistency in action, en Potter N., Timmons M., Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 159-187.
Palazzani L., Bioetica dei principi e bioetica delle virtù. Il dibattito attuale negli Stati Uniti, «Medicina e Morale», 1992, 1, 59-85.

---

[176]
Parent W A Privacy, morality and the law, en Callahan J. (ed.), Ethical issues in professional life, Oxford Univ. Press, Nueva York 1988, pp. 215-225.
Pellegrino ED Moral agency and professional ethics: some notes on transformation of the physician-patient encounter, en Spicker S., Engelhardt H.T. (eds.), Philosophical medical ethics: its significance, Reidel, Dordrecht 1977, 3, pp. 213-223.
—,Thomasma D.C., For the patient's good. The restoration of beneficence in health care, Oxford University Press, Nueva York 1988.
Peschke C.H., Christian ethics, 2 vols., C. Goodlife Neale, Alcester y Dublin 1981.

Pflanz E., Ethische Prinzipien und Normen in der Medizin - Kontroverse zwischen Öffentlichkeit und Ärzteschaft, «Med. Mensch Gesellschaft», 1987, 1, 1-3.
Philibert P., Moral education and the formation of conscience, en May W. (ed.), Principles of Catholic moral life, Franciscan Herald Pr., Chicago 1980, pp. 383-415.
Piana F., voz Libertà, en Dizionario enciclopedico di teologia morale, Paoline, Roma 1981, pp. 562-574.
—, Le coordinate della morale emergente, en Aa.Vv., La vicenda uomo tra coscienza e computer, Cittadella, Asís 1985, pp. 217-230.
Pinckaers S., Ce qu'on ne peut jamais faire, Edit. Universitaire, Friburgo-Paris 1986.
—, Le fonti della morale cristiana, Ares, Milán 1992.
—, Pinto de Oliveira C. (eds.), Universalità et permanence des lois morales, Ed. Univers. Friburgo, Friburgo (Suiza) 1986.
Pío XI, Encíclica «Quadragesimo Anno» (15.5.1931), en Iribarren J., Gutiérrez J.L., Ocho grandes mensajes, Biblioteca de Autores cristianos, Madrid 1979", pp. 57-120.
Piva P., Persona umana e norma cristiana, LIEF—Vicenza 1986.
Pizzitola A., L'angoscia del nostro tempo. L'uomo contemporaneo. La crisi dì valori fra ragione e antiragione, Magistero, Bolonia 1988.
Pizzuti D., Valori, religioni e società complesse, «La Civiltà Cattolica», 1988, 2,146-156.
Poppi A., L'educazione all'etica: problemi filosofici e orientamenti morali, en Berti E. (coord.), Problemi di etica: fondazione, norme, orientamenti, Gregoriana, Padua 1990.
Possenti V. (eoord.), Jacques Maritain oggi (Actas de la Reunión promovida por la Universidad Católica, Milán 20-23 de octubre de 1982), Vita e Pensiero, Milán 1983.
—, Alle sorgenti dell'etica. Il problema dell'autonomia morale, «Rivista di Filosofia neoscolastica», 1986, lxxvtii, 449-481.
—, L'autonomia dell'uomo e la sua responsabilità morale, en Aa.Vv., Società e valori etici, Città Nuova, Roma 1987, pp. 142-169.
Privitera S., Dall'esperienza alla morale, Edi Oftes, Palermo 1985.
Prodi G., Alla radice del comportamento morale, Marietti, Genova 1987.
QuARELLO E., Male fisico e male morale nei conflitti di coscienza, «Salesianum», 1972, 34,295-318.
Queré F., L'Ethique et la vie, Obile Jacob, Paris 1991.

---

[177]
Rabinowicz W., The universalizability dilemma, en Potter N., Timmons M. (eds.), Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 75-90.
Rager G., Medizin als praktische Wissenschaft. Zur Grundlegung des arztlichen Handelns, «Arzt und Christ», 1991, 2, 75-85.

Ratzinger J., Le fonti della teologia morale, Cris Documenti, Roma 1985.
Reiter J., Ethik der Grezwerte, «Stimmen der Zeit», 1990, 4, 229-236.
Rentchnick P., Euthanasie: évolution du concepì d'»euthanasie» au cours de ces cin-quante dernières années, «Médecine et Hygiene» 1984, 29 février, 653-666.
Ricoeur P., Philosophie de la volonte. Le volontaire et l'involontaire, i, Paris 1949.
—, La conflict des interpretations, Seuil, Paris 1969, pp. 1416-1427.
Rodríguez Luño A., Sulla fondazione trascendentale della morale cristiana, en Atti del Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Persona, verità e morale», (Roma 7-12 de abril de 1986), Città Nuova, Roma 1987, pp. 61-79.
Rotter H., Soggettività ed oggettività dell'esigenza morale, en Demmer K., Schuller B. (eds.), Fede cristiana e agire morale, Cittadella, Asís 1990, pp. 231-267.
Sala G.B., Genesi e fortuna della morale kantiana. La Critica della ragion pratica di Kant (1788), «La Civiltà Cattolica», 1988, 4, 439-453.
Sartre J.P., Ètre et néant, Paris 1943.
Scarpelli U., Bioetica: prospettive e principi fondamentali, en Mori M. (coord.), La bioetica. Questioni morali e politiche per il futuro, Bibliotechne, Milán 1991, pp. 20-25.
Scheler M., Il formalismo nell'etica e l'etica dei valori, Bocca, Milán 1944.
—, II risentimento nell'edificazione delle morali, Vita e Pensiero, Milán 1975.
Schuller B., L'importanza dell' esperienza per la giustificazione delle norme di comportamento morale, en Demmer K., Schuller B. (eds.), Fede cristiana e agire morale, Cittadella, Asís 1980, pp. 312-344.
Schurmann H., La questione del valore obbligante delle valutazioni e degli insegnamenti testamentari, en Ratzinger J., Prospettive di morale cristiana, Città Nuova, Roma 1986, pp. 9-37.
Seidler V.J., The moral limits of modernity, Macmillan, Londres 1991.
Sermonti G., Non abdicare alla scienza ignorando i problemi morali, en Concetti G. (coord.), Bambini in provetta, Logos, Roma 1986, pp. 195-199.
Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre el aborto provocado (18 de noviembre de 1974), en Enchiridion Vaticanum, 5, Dehoniane, Bolonia 1979, pp. 419-443.
Sgreccia E., Coscienza cristiana e professione medica, «Medicina e Morale», 1980, 3, 265-290.
—, La bioetica. Fondamenti e contenuti, «Medicina e Morale», 1984, 3, 285-305.
—, La bioetica tra natura e persona, «La Famiglia», 1985, 108, 30-42,
—, Problemi dell'insegnamento della bioetica, «G. Ital. Form. Perm. Medico»,1987, xv, 104-117.

[178]

—, Bioetica e psicosfera (Editorial), «Medicina e Morale», 1988, 5, 585-587.

—, Etica, razionalità e medicina (Editorial), «Medicina e Morale», 1988, 2,199-203.

—, La bioetica: storia, orizzonti e fondamenti di una nuova disciplina, en Aa.Vv., Ciclo di conferenze su temi di bioetica, CUES, Trieste 1992, pp. 7-26.

Shannon T A The tradition of a tradition: an evaluation of Roman Catholic Medical Ethics, en Shannon T.A. (ed.), Bioethics, Paulist Press, Ramsey 1981, pp. 3-10.

Shelp E.E., Theology and bioethics. Exploring the foundation and frontiers, Reidel, Dordrecht 1985.

SiNDZINGRE N.A., Vérité en deca des Pyrenees, en Aa.Vv., Le défì bioéthique, Autre-ment, Parfs 1991, pp. 184-192.

Singer M., Universalizability and the generalization principle, en Potter N., Timmons M. (eds.), Morality and universality, Reidel, Dordrecht 1985, pp. 47-75.

—, Ethics, science and moral philosophy, en De Marco J.P., Fox R.M. (eds.), Newdirections in ethics, RKP, Nueva York 1986, pp. 282-299.

Smith W., The meanning of conscience, en May W.E. (ed.), Principles of moral life. Franciscan Herald Pr., Chicago 1980, pp. 361-383.

Steven E., Making moral decisions, Paulist Press, Nueva York 1969.

Sokolowski R., Moral action, Indiana Univ. Press, Bloomington 1989.

Targonsli F., Teologia morale e mentalità scientifica, Miscellanea, Roma 1983.

Tettamanzi D., L'oggettività del giudìzio morale, en Pinto de Oliveira C. (ed.), Uni-versalité et permanence des lois morales, Ed. Univ. Friburgo, Friburgo Cerf 1986, pp. 362-389.

—, Eticità: valore ed esigenza intrìnseci all'essercizio della medicina, en Randazzo A. (coord.), Problemi etici di vita ospedaliera, Piccin, Padua 1989, pp. 107-123.

Theron S., Consequentialis and natural law, en Atti del Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Persona, verità e morale», (Roma 7-12 de abril de 1986), Città Nuova, Roma 1987, pp. 177-195.

Thomas L., Biological moralism, «Biology and Philosophy», 1986, 1, 316-325.

Tomas de Aquino, San, Sententia libri Ethicorum, Marietti, Casale Monferrato 1949.

—, Summa Theologiae, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid.

Trentin G., Educazione all'etica: problemi teologici e orientamenti pastorali, en Berti E. (coord.), Problemi di etica: fondazione, norme, orientamenti, Gregoriana, Padua 1990.

Valori P., L'esperienza morale, Morcelliana, Brescia 1985.

—, Il Ubero arbitrio. Dìo, l'uomo, la libertà, Rusconi, Milan 1987.

—, voz Valore morale, en Compagnoni, Piana, Privitera (coord.), Nuovo dizionario di teologia morale, Paoline, Cinisello Balsamo 1990, pp. 1416-1427. Valori umani e valori cristiani (Editorial), «La Civiltà Cattolica», 1988, 2, 521-532.

[179]

Vanni Rovighi S., Elementi di filosofia, ni, La Scuola, Brescia 1963.

—, L'antropologia filosofica di S. Tommaso d'Aquino, Vita e Pensiero, Milán 1965.

Veatch R.M., Medicai ethìcs: an introduction, en Veatch R.M. (ed.), Medical ethics, Jones and Burtlett, Boston 1989, pp. 1-27.

Vedrinne J., Ethiques et professions de sante, «Médecine et Hygiene», 1984, 11, 1171-1177.

Vidal M., L'atteggiamento morale, i-ii, Cittadella, Asís 1976.

—, Papel de la intención del agente en la determinación de la moralidad, en Pinto de Oliveira C. (ed.), Universalité et permanerne des lois morales, Ed. Univ.

Friburgo, Friburgo 1986, pp. 344-362.

Vigna C, La verità del desiderio come fondazione della norma morale, en Berti E. (coord.), Problemi di etica: fondazione, norme, orientamenti, Gregoriana, Padua 1990.

Villa L., Medicina oggi. Aspetti di ordine scientifico, filosofico, etico-sociale, Piccin, Padua 1983.

Viola F., La conoscenza della legge naturale nel pensiero di Jacques Maritain, en Possenti V. (coord.), Jacques Maritain oggi, Vita e Pensiero, Milán 1983, pp. 560-582.

Williams B., Sorte morale, Il Saggiatore, Milán 1987.

Wojtyla K., Ifondamenti dell'ordine etico, CSEO, Bolonia 1980.

—, Educación en el amor. Apuntes de ética fundamental, Diana, México 1996.

Zalba M., La portata del principio di totalità nella dottrina di Pio XI e Pio XII e la sua applicazione nei casi di violazioni sessuali, «Rassegna di teologia», 1968, 9, 225-237.

—, voz Totalità (principio di), en Dizionario enciclopedico di teologia morale, Paoline, Milán 1981, pp. 1141-1149.

Zsifkovits V., Wertwandel heute. Eine Herausforderung der Christen in der säkularisierten Gesellschaft, «Stimmen der Zeit», 1990, 1, 17-29.

---

[181]

Capítulo 6
Bioética y medicina

La **«complejidad» de la medicina y la confluencia ética**

El término «complejidad» se utiliza hoy en las ciencias experimentales, incluida la física, para indicar la pluralidad de factores y de interdependencias en que se ubica el dato aislado o, como se suele decir, el evento aislado[191].

La medicina, considerada en el momento histórico actual, comprende varias áreas de interés: la investigación científica —a la que está vinculado el currículo de formación del futuro médico—, el desarrollo tecnológico de soporte, la organización de los servicios sociales y el momento asistencial propiamente dicho, representado por la figura del médico y de sus colaboradores (personal de enfermería y técnicos).

Si se examina luego el decurso de la evolución histórica de todo este conjunto de significados, desde un punto de vista diacrònico (estudio éste que pertenece a la historia de la medicina), entonces el razonamiento se amplía de un modo fascinante, porque sitúa las etapas de evolución y de progreso dentro de las concepciones culturales y de los avances sociales que han caracterizado al desarrollo histórico de Occidente. Sería interesante, igualmente, echar una ojeada a ese mundo que quedó al margen de este desarrollo histórico occidental y que hoy es objeto de investigación bajo el nombre de «medicina alternativa»[192].

Sin embargo, desde el punto de vista de la bioética se puede, se necesita más bien, recuperar un hilo de unificación, un punto de interés entre estos dilatados territorios, el lugar donde confluye la problemática ética, aunque surja de cada una de las vertientes citadas: la ciencia, el desarrollo tecnológico, la organización de los servicios y la relación terapéutica asistencial entre el médico y el paciente.

---

[182]

Este punto de confluencia de los diversos problemas éticos nos parece que hay que situarlo en el momento de la asistencia profesional, esto es, en la relación entre médico y paciente; en efecto, tanto la ciencia como la organización sanitaria y tecnológica y también la formación didáctica, han tenido y tienen como meta y finalidad última la de ofrecer un apoyo al enfermo en la persona del médico profesional y de sus colaboradores, previniendo o curando la enfermedad, rehabilitando al paciente o asistiendo al moribundo.

Pero resultará igualmente útil subrayar las diversas perspectivas de la medicina y los complejos orígenes de la problemática ética,

---

[191] P. Q**UATTROCCHI,** Etica, scienza, complessità, Milán 1984.

[192] En cuanto a la caracterización de los diversos periodos históricos de la medicina, sobre todo desde el punto de vista de la ciencia, véanse varios capítulos que interesan a la medicina en A**GAZZI** E., Storia delle scienze, así como en L**AÍN** E**NTRALGO** P., Historia universal de la medicina, 8 vols., Barcelona 1970; M**ONTALENTI** G., Storia della biología e della medicina, en A**BBAGNANO** N. (coord.), Storia delle scienze, m, I, Turín 1962; P**REMUDA** L, Storia della medicina, Padua I960; I**D.,** Metodo e conoscenza da Ippocrate ai nostri giorni, Padua 1971; S**TROPPIANE** L., Storia della medicina tra arte e scienza, Roma 1985.

precisamente porque el médico en el ejercicio de su actividad resume el itinerario científico pedagógico y se ubica dentro de los condicionamientos psicológicos y socio-organizativos de la asistencia[193]. Aunque hay que adelantar previamente que en esta «complejidad» consideramos prioritario captar las líneas fundamentales de desarrollo y de orientación de la medicina, sin adentramos en los momentos particulares que históricamente llevaron a la aparición de las especializaciones, cosa por lo demás imposible dada la extensión de este volumen; y por eso pasamos por alto reconstruir el desenvolvimiento histórico que, aunque esclarecedor, quitaría espacio a las consideraciones sobre la situación actual.

La medicina como ciencia y las instancias éticas

El desarrollo de la ciencia médica ha significado un aumento gradual y acelerado, especialmente en los últimos tiempos, de ámbitos de investigación, con las respectivas metodologías cognoscitivas, hasta el punto que hoy se debería hablar en plural de ciencias médicas y biomédicas, más que de medicina simplemente.

El progreso de la especialización ha sido rápido especialmente en los últimos cincuenta años, tanto en lo referente a nuevas ramas de la investigación como a los logros y los nuevos datos adquiridos.

Hay que añadir que algunas de las nuevas especialidades como la genética, la psiquiatría, la radiología, la medicina nuclear, la inmunología, etcétera, implican perspectivas y parámetros de lectura que no siempre ni inmediatamente se vinculan con las disciplinas tradicionales como la anatomía, la anatomía patológica, la fisiología o la patología médica.

Esta progresiva subdivisión y superespecialización del saber médico comporta problemas de orden epistemológico-didáctico e incluso de orden ético.

Lo que se viene a matizar ante todo es la visión global, la concepción holística del paciente y de su historia personal.

---

[183]

Por otro lado, no es posible un ejercicio humano de la medicina si no se lleva a cabo con un sentido personalista. La observación por la que se acentúa la denominación del «caso» más que el conocimiento del sujeto —incluso en el lenguaje médico («la colecistitis de la cama 9») — es síntoma de una fragmentación del enfermo y del saber médico.

Para quien enseña una disciplina aislada se impone un esfuerzo por replantear la didáctica: tal vez la tematización de los temas considerados bajo los diversos ángulos científicos pueda ayudar a recomponer la unidad.

[193] **CATTORINI** P., Terapia e parola. Il rapporto medico-paziente come núcleo essenziale della prassi medica, «Medicina e Morale», 1985, 4, pp. 781-799.

Pongamos un ejemplo. El corazón puede ser estudiado desde el punto de vista anatómico, fisiológico, patológico, etcétera, reuniendo en tomo al tema específico los datos obtenidos de las diversas disciplinas especializadas. Pero esto no sería suficiente si se tomaran en consideración las interconexiones con el todo del organismo y de la persona del paciente —donde los diversos sistemas se tocan y se funden en la unidad—, por parte de los docentes de cada especialidad y, por tanto, por parte de los alumnos, que del saber parcial deberán ascender a la comprensión del conjunto. Por esto, se vuelve más comprometido proporcionalmente el camino ascendente hacia la unidad, cuanto mayor es la especialización y el enfoque en lo particular. Los instrumentos didácticos de síntesis son tan importantes como los de la investigación y el análisis particularizado.

Un hecho patológico como el infarto podrá explicarse —y así se habrá de hacer— de una manera mecanicista, como se explica el desgaste de una bomba; pero deberá vincularse también con las condiciones psiconeurológicas y el eventual estrés al que el sujeto está sometido en el ambiente; es decir, serán importantes los datos referentes a los valores de los triglicéridos, del colesterol, etcétera, sin pasar por alto tampoco el régimen alimenticio y las condiciones laborales del sujeto, ni su constitución o sus hábitos de vida. En cualquier caso, el volver a considerar todo el conjunto es un requisito para que la medicina tenga un sentido personalista y éticamente aceptable.

La superespecialización presenta también otra dificultad: la de poder configurar un médico para cada paciente, que sepa mantener el diálogo diagnóstico-terapéutico y asumir las responsabilidades consiguientes.

Para cada enfermo existe una serie de especialistas, comenzando por los analistas, hasta el médico que prescribe la terapia o que practica una intervención.

En esta situación —que, no obstante, tiene muchas ventajas— se presenta además la dificultad de concienciar a la persona de que es sujeto y no objeto del diagnóstico y el cuidado médico. Al paciente no le resulta fácil sentirse el actor principal, responsable y consciente de su propia condición (muchas investigaciones le resultarán incomprensibles), de la misma manera que es inducido a pedir ayuda a un profesionista, al que va a confiar su vida y su salud.

---

[184]

En el largo itinerario de estudios de gabinete, de consultas con especialistas —como ocurre en los hospitales generales—, es fácil que el paciente renuncie a sus propias responsabilidades. Y entonces, para remediar esta fragmentación interior del paciente, se hace cada vez más necesaria la intervención de quien es y sigue siendo el médico del hospital o el médico de familia que lee y ayuda a leer los datos aportados

por ese paciente en particular, que los sintetiza y, mediante el diálogo (que por eso se vuelve más comprometido), restituye al paciente la conciencia de su propia condición y la capacidad de tomar las decisiones que son para él inalienables.

La superespecialización tiene la ventaja, en definitiva, de acrecentar el número de datos, pero requiere mayor compromiso para componer la síntesis del objeto de investigación (la enfermedad), para sostener la unidad de conciencia en el paciente y la dualidad de la relación médico-paciente. Y estos son factores que tienen relevancia epistemológica pero también ética, desde el momento en que la ética supone una verdad de sentido pleno (para poder afirmar: «¡esta es la situación!») y requiere una posibilidad de decisión concorde entre el médico y su paciente[194].

Pero la medicina, como ciencia, revela hoy otra situación más grave, que presenta, también ella, beneficios y riesgos, y que está, en el fondo, implícita en todo cuanto hasta aquí llevamos expuesto.

Se trata del «reduccionismo científico». Volvamos sobre este tema, abordado ya en capítulos anteriores.

Al reduccionismo se le puede considerar como método científico y como ideología[195]. Como método científico consiste en el procedimiento por el cual ciertos hechos y fenómenos complejos son explicados mediante elementos más simples, posiblemente elementales. El modelo ideal de este método se encuentra aplicado en la física, en la que precisamente el conjunto de los fenómenos de la naturaleza se explican apelando a las entidades últimas (átomos, electrones, núcleos, partículas elementales...) gobernadas por leyes y relaciones matemáticas rigurosas.

Por lo que se refiere a la biología, el mismo método busca explicar con mecanismos puramente químico-físicos —esto es, moleculares— cualquier fenómeno concerniente a las ciencias de la vida. La aplicación del reduccionismo a la biología significó avances enormes y clamorosos especialmente después del descubrimiento de la estructura molecular del DNA (ácido desoxirribonucleico). Este descubrimiento, que aclaró lo relativo al código genético, permitió llevar a cabo una reducción

---

[185]

radical: el paso desde el patrimonio genético, caracterizado por la estructura del ADN, a la explicación de todas las funciones de todos los tipos de células de los seres vivos.

Los principales centros de interés de este itinerario en los últimos treinta años son tres: la genética molecular, la explicación del

---

194 **VILLA,** Medicina oggi...

195 **LAMOTTE** B., Le réductionisme: méthode ou idéologie?, «Lumiére et vie» (Lyon), 1985, 172, pp. 5-19; **JOÑAS** H., Techníque, morale et génie génétique, «Communio» (París), ix (1984), 6, pp. 46-65; Ruiz **DE LA PEÑA** L., Ánthropologie et tentation biologiste, ibid., pp. 66-80; **SGRECCIA** E., // riduzionismo biológico in medicina, «Medicina e Morale», 1985, 1, pp. 3-9.

evolucionismo según la teoría molecular y, últimamente, la explicación del sistema nervioso de los animales y del hombre. Estas etapas tienen nombres y obras que han marcado estos centros de interés: Jacques Monod con su libro El azar y la necesidad; Francois Jacob con La lógica de lo vivo, y Jean-Pierre Changeux con la obra El hombre neuronal[196]. Este último, discípulo de Monod, escribió en el último capítulo de su libro:

«A partir de ahora, nada se opone en el plano teórico a que los comportamientos del hombre se describan en términos de actividad neuronal. Es la hora de que el Hombre Neuronal entre en escena». Y añadía: « ¿Para qué hablar de espíritu? [...] Desde ahora el hombre no tiene nada que ver ya con el "Espíritu"; le basta con ser un Hombre Neuronal»[197].

La explicación del código genético, la explicación del origen de la vida y de su evolución, y la explicación del pensamiento son los grandes pasos del reduccionismo biológico actual.

De esta manera, el hombre resulta «explicado» como una «combinación» de tipo mecánico: es el hombre máquina. Por esto, no debemos sorprendernos si, teniendo esta imagen del hombre, la ciencia actual está trabajando para producir la vida, la concepción y tal vez el embarazo, en laboratorio, tal como se producen máquinas en una fábrica.

Es innegable que la aplicación de este método ha llevado a grandes avances en biología o en genética, y que en el futuro se esperan aún más progresos en el campo de la geneterapia, en la curación de la esterilidad, tal vez en el descubrimiento de los mecanismos biológicos que expliquen enfermedades hasta ahora incurables tan difundidas como el cáncer.

Pero, ¿es una verdadera explicación esta reducción de la vida a mecanismos biofisicos? ¿Dónde se da el salto entre la «descripción» y la «explicación»? Si el hombre no es otra cosa que una máquina neuronal, ¿qué concepto «humano» podemos hacernos de la medicina, del sufrimiento humano y de la muerte? ¿Qué frontera ética puede haber entre un hombre y otro, entre el médico y el paciente? No sorprende que Monod y Jacob fueran los dos primeros firmantes del Manifiesto sobre la Eutanasia de 1974.

---

[186]

Sabemos que la principal crítica a estas posiciones la hizo K. Popper, quien resumió su pensamiento en torno a la «limitación de todo saber científico» según los principios de verosimilitud y de posibilidad de falsificación, en estas afirmaciones los científicos deben ser

---

[196] MONOD J., El azar y/a necesidad; JACOB F., La logique du viuant. Une histoire de L'hérédité, París 1970; CHANGEUX J.P., L'Homme Neuronal, París 1983.

[197] Citado por LAMOTTE, Le réductionisme..., p. 9.

reduccionistas; deben serlo sólo en cuanto al método, pero no existen argumentos en favor del reduccionismo filosófico[198].

Popper, como se sabe, parte del hecho de que en toda teoría científica quedan unos márgenes no resueltos, residuos no integrados en el sistema explicativo, los cuales son, precisamente, los que han permitido volver a formular las teorías, sustituirlas por otras y provocar el progreso científico en la explicación del universo, el cual siempre debe ser considerado como problema abierto y con las limitaciones propias de toda ciencia[199].

Pero, prescindiendo de esta limitación, que sin embargo no puede dejar de asombrar al científico, se debe agregar que la «descripción» de los mecanismos elementales que están en el origen de las realidades complejas no es exhaustiva, sino que más bien requiere la «explicación» en términos de sentido, es decir, de razón suficiente, de causa eficiente primera y de causa final última. Sin querer triviali-zar un tema tan comprometido, hay que reafirmar un punto: no se puede «explican> una casa construida describiendo sólo los ladrillos y el diseño con que éstos se yuxtaponen unos a otros. El problema no es ya sólo científicodescriptivo, sino que se vuelve, por esto mismo, filosófico. Y la distinción vale, más todavía, para la presunta identificación del cerebro con el pensamiento, en la que las capacidades operativas del pensamiento no se pueden explicar, como dijimos en los capítulos precedentes, mediante el funcionamiento neuronal, sino que hay que referirlas a la «inmaterialidad» y «espiritualidad» de la fuente, esto es, del espíritu.

Esta digresión sobre el reduccionismo era necesaria para comprender y observar que la tentación reduccionista está presente dentro de la medicina, no sólo en el momento científico y de investigación básica, sino también en el momento de aplicación y de asistencia al enfermo, cuando la óptica de la relación médico-paciente se torna reduccionista al eliminar el esprif, la palabra, el diálogo y la lectura pluridimensional —y no sólo biologicista— de la enfermedad, del dolor, de la muerte y de la terapia. Es indudable que cada uno de nosotros proyecta en su actuar la imagen que se ha hecho de su propio ser y del ser humano en general. Concebir la vida y al hombre como una máquina significa poner las premisas para que el hombre sea tratado como una máquina.

---

[187]
La tentación tecnológica

[198] Las obras de K. POPPER que tratan dei tema son: *La logica della scoperta scientifica,* Turin 1983; *Conoscenza oggetiua. Un punto di vista evoluzionistico,* Roma 1983; *L'universo aperto. Un argomento per Vindeterminismo,* li, Milan 1984.

[199] LADRIÈRE J., *L'articulation du sens,* Paris 1970.

No es necesario explicar cuánto debe el progreso de la medicina, especialmente a partir de Galileo y hasta nuestros días, a los medios de la tecnología, tanto en el campo del diagnóstico como en el experimental y el terapéutico, médico y quirúrgico. Algunas especialidades no serían imaginables sin el apoyo de la tecnología: piénsese en la microbiología, en la genética, en la radiología, en la medicina nuclear, en la bioquímica. Y ahora se vislumbra en este campo una nueva era tecnológica, como veremos más adelante, desde el momento en que el medio técnico no se concibe ya sólo como ampliación de la fuerza física, sea ésta manual o sensorial, sino también como potenciación de la mente mediante las aplicaciones de la informática. Es de esperarse una aportación revolucionaria tanto en el campo de la investigación científica como en el del manejo asistencial del paciente.

Pero este recurso comporta riesgos y, por esto, requiere integraciones correctoras e integradoras.

Hay quien piensa que el uso de la tecnología, al reducir los tiempos del diagnóstico y hacerlo más penetrante y seguro, permitirá al médico contar con más tiempo disponible para la relación con el paciente. La experiencia no autoriza a ser tan optimistas, al poner de relieve el motivo fundamental de ello[200]. No hay que caer ciertamente en el juego de un rechazo emotivo ni olvidar todo lo que se debe a la utilización de la tecnología para que la medicina progrese; pero hay que tener presente lo que ha ocurrido en el campo de la evolución cultural de los pueblos: la invención de un instrumento no ha modificado sólo las condiciones de ejecución del trabajo, sino que ha acabado por «inducir> una cultura refleja, provocando una mentalidad y una cultura diferentes.

Pensemos en lo que ocurrió en la historia de la civilización con el descubrimiento de los medios para labrar el suelo y el subsuelo o cuando se inventaron las máquinas: las que hoy llamamos civilización agrícola y civilización industrial-urbanizada encontraron en este medio su punto de partida para un cambio de valores y de formas de vida. El medio técnico expresa en definitiva una relación, la relación entre el hombre y la naturaleza, y cambiando el medio se crean las condiciones para que cambie la relación. En materia de tecnología hay una ley de circularidad: el hombre cambia al medio técnico; pero el medio técnico cambia también al hombre. Es cierto que en el campo de la medicina, por ejemplo, la utilización de los medios de diagnóstico (al comportar éstos por naturaleza las características de posibilidad de reproducción, de estandarización, de definiciones taxativas y memorización del dato), implica una doble operación epistemológica:

[188]

[200] REISER S.J., *Medicine and reign of technology,* Londres 1978. Véase la reseña hecha por P. CATTORINI en «Medicina e Morale», 1985, 1, pp. 235-237; TIMIO M., *La storia tecnológica del guariré,* Roma 1990.

la sectorización del diagnóstico y la despersonalización de la enfermedad. La enfermedad tiene una historia, tiene un ambiente en el que surge, tiene un sujeto en el que vive y se expresa por símbolos, además de por «datos». La concepción del diagnóstico en sentido holístico relacional, es decir en sentido personal, puede verse comprometida con ello.

Además, en el médico se induce una variación de enfoque, objetivista y frío, del examen del paciente, y es inducido a creer que lo sabe todo antes aún de hablar con él y escucharle.

Al enfermo se le dice: « ¡tráigame el análisis!». De manera que la utilización del medio técnico, en vez de aumentar el tiempo de que el médico dispone para dialogar y escuchar al paciente, se reduce. En otras palabras, la tecnología puede convertirse en mentalidad y cultura, y puede volverse así una especie de «reduccio-nismo» sui generis en medicina.

En este sector se han denunciado otros riesgos de carácter ético. El primero está en la tentación creciente en cuanto al sentido de poder y de hacer, el medio permite el llamado «ensañamiento terapéutico», el intento por aplicar la ingeniería en la manipulación de la corporeidad humana (véase la propuesta de sustituir, por medio de trasplante, órganos que manifiestan la identidad, como la cabeza, las gónadas, etcétera).

Finalmente, no hay que olvidar las implicaciones económicas y la valoración monetaria de la terapia: por una parte, los fabricantes tratan de hacer cada vez más perfecto el nuevo instrumental y de sacar del mercado los modelos anteriores con fines de lucro; mientras que el gasto público para la salud va aumentando desmesuradamente en los lugares donde la salud se ha socializado. Y cuando el gasto resulta insostenible, se siente la tentación de abandonar a su suerte lisa y llanamente a algunas categorías de pacientes, cuya asistencia y curación se vuelven demasiado costosas. Pero pronto volveremos sobre este aspecto del impacto entre medicina y poder económico.

Mientras tanto, no podemos dejar de compartir la conclusión que sobre este tema ofrece S. J. Reiser: « (El médico) debe mirar a todas las tecnologías con desapego, como simples medios que hay que elegir cuando sirven para una finalidad específica»[201]. Queremos añadir que cuanto más aumenta la utilización de medios y se afirma la mentalidad que acompaña a su utilización, tanto más se debe intensificar y hacerse significativa la relación interpersonal entre médico y paciente; y esto, no sólo porque a veces también los medios pueden fallar, sino porque éstos no manifiestan el fondo de la enfermedad ni, menos aún, hablan de las profundidades humanas del enfermo.

---

[201] REISER, *La medicina...,* p. 316.

[189]

El impacto con la sociedad

En la literatura existente no se han aclarado todavía estos temas. Más expresivas resultan, en cambio, las reacciones periodísticas y las tensiones advertidas sobre todo en las sociedades innovadoras en el campo de la gestión de los servicios sanitarios. El problema se refiere a las ideologías presentes en la sociedad y reflejadas en las leyes; al modelo de gestión de que se dispone en los diversos Estados con relación a la libertad del médico y del ciudadano; a las dinámicas económicas que se establecen en el gasto sanitario, y al cálculo costos/beneficios. Todos estos aspectos confluyen en la vertiente ética y deontológica del médico, que aparece como enlace entre la sociedad y el enfermo, entre las razones del Estado y las razones del enfermo.

Ya desde ahora podemos decir que el médico se debate entre dos pertenencias: la pertenencia al enfermo, al cual ofrece sus servicios y con el cual está ligado por un contrato de valor moral y de relevancia jurídica; y la pertenencia a la sociedad organizada (denominada igualmente sociedad de los servicios), que ha echado sobre él una responsabilidad, que le avala y grava al mismo tiempo con leyes que le responsabilizan, y que establece los honorarios en muchos países y, por tanto, le considera como funcionario y representante suyo. En la medida en que aumentan las discrepancias entre conciencia individual y sociedad organizada, se incrementa el conflicto de representación y los riesgos de pérdida de identidad de la función.

En Italia no se cuenta, al menos que nosotros sepamos, con un estudio sociológico sobre la percepción de este conflicto a nivel de conciencia profesional de los médicos, que ponga al mismo tiempo de manifiesto los logros obtenidos en esta materia.

Por eso, nos limitamos a poner de relieve los datos y los problemas de la manera que resulta más acertada y tal vez más obvia, pero ya bastante significativa.

Un factor importante de tergiversación del papel del médico lo representa la ideologización de la medicina y de las leyes.

La ideología se caracteriza como un proyecto-programa que, prescindiendo de la valoración del bien objetivo y global de las personas, pretende conseguir determinados resultados de poder. Etica e ideología son términos antitéticos. El punto de referencia de la ideología es la voluntad de poder y de eficacia de un proyecto; el punto de referencia de la ética, la persona y su verdad objetiva. Basta citar a este respecto las palabras con que Engels define la ideología: «la ideología es un proceso que el sedicente pensador lleva a cabo ciertamente con conciencia, pero con conciencia falseada»[202].

---

[202] La definición la cita I. MANCINI en *Teología, ideología, utopía,* Brescia 1974, pp. 286-287.

Según esta concepción, los componentes de la ideología se enraizan en la inteligencia que se mueve

[190]
«con una conciencia ineficaz o con una conciencia falsa, porque está mal motivada o mistifica las verdaderas razones de la motivación o, finalmente, porque es primacía del pensamiento puro con menoscabo del ser humano y social»[203].

Para Nietzsche, la ideología se funda en el hecho de que «el criterio de la verdad se encuentra en el aumento de la voluntad de poder»[204].

Existen otras definiciones de ideología, pero los dos factores que parecen caracterizar a cualquier definición son: la voluntad de realización de un proyecto, y el proyecto que prescinde de la pregunta acerca de la verdad. En la sociedad las ideologías, sean marxista o burguesa o nihilista, viven dentro de los debates culturales y políticos; y con frecuencia son los partidos, pero no sólo ellos, sus portaestandartes y mediadores respecto de la ley positiva del Estado, donde pueden introducirse a menudo prevaricaciones ideológicas.

Según la definición tomista, la ley positiva es el «ordenamiento promulgado de la razón al bien común», ordinatici rationis ad bonum comune promulgata[205]. La ley, por tanto, supone la primacía de la razón, y por esto de la verdad, y tiene como fin el bien común. Pero ya hemos tenido experiencia de leyes ideológicas promulgadas en la época de los nazis, que no faltan, por lo demás, incluso en regiones de democracia parlamentaria. La legalización del aborto es ideológica, porque es una prevaricación acerca de la verdad de la humanidad del que va a nacer, y que no tiene como finalidad la defensa de su vida. Por esto se ha hablado incluso de «medicina ideológica» en contraposición con la hipocrática, refiriéndose precisamente a la instrumentalización de la profesión médica en aras de finalidades ideológicas, legalizadas o no, pero presentes en la sociedad[206].

Ante la prevaricación comprobada de la ideología en la ley y de rechazo en la profesión del médico, éste está obligado a activar la defensa de la conciencia, u objeción de conciencia. Es este un derecho-deber que el médico tiene por fidelidad a su relación con el servicio al hombre en cuanto tal y a la vida humana considerada como valor en sí misma, superior incluso a la libre voluntad del paciente. Pero el hecho de que el médico tenga que recurrir a esta autodefensa indica una conflictividad real entre persona y sociedad legal y somete al médico a

---

[203] Ibid., p. 286.
[204] NIETZSCHE F., La volontà di potenza, Milán 1927, Aforismo 534, p. 349).
[205] VANNI ROVIGHI, Elementi di filosofia, IH, pp. 235-246.
[206] FIORI A., Medicina ippocratica, medicina ideologica, obiezione di coscienza, «Medicina e Morale», 1977, p. 167.

una presión, que con frecuencia no es simplemente de carácter psicológico.

Para remediar esta conflictividad se han formulado los códigos deontológicos, que representan un conjunto de normas de comportamiento que garantizan al ciudadano

---

[191]
la concienciación imparcial y no instrumentable del médico frente a las presiones de intereses partidistas o de ideologías políticas.

Es un hecho que a menudo incluso los códigos deontológicos, al tener que moverse dentro de una sociedad pluralista y habiendo sido formulados a su vez por personas (los médicos mismos) no exentas de influjos ideológicos y de corrientes culturales diversas, están marcados por cláusulas o formulaciones que no siempre ni en todos los casos garantizan la inexcusable observancia del bien común y la defensa de la vida humana, por lo cual se establece un hiato y una dialéctica entre los códigos deontológicos escritos y los valores éticos. Los códigos de deontología médica son y representan, ciertamente, las fronteras de autonomía de la profesión médica frente a las presiones ideológicas y sociales, y expresan el derecho de la categoría médica a mantenerse al servicio prioritario del paciente. La ética, sin embargo (aun estando presente en tales formulaciones normativas), es una visión más amplia, más libre de las interferencias legislativas y con una función que es al mismo tiempo de motivación justificativa y de juicio crítico, precisamente porque la ética se refiere a los valores humanos de manera directa[207].

El encuentro entre profesión médica y sociedad se produce también a otro nivel y es el de la organización de los servicios. Existen en el mundo tres modelos de organización sanitaria: el modelo liberal, el modelo colectivista y el modelo de la medicina socializada.

El modelo liberal se basa en la libre iniciativa de los particulares para organizar los servicios (hospitales, clínicas, etcétera), para elegir libremente al médico por parte de la familia y del paciente, para fijar libremente los honorarios, para que el Estado vigile las garantías de legalidad y de autorización. Este es el modelo suizo y el de muchos países de América.

En el modelo colectivista —concretamente el que existía en los países de la Europa oriental o de antiguo régimen comunista—, la salud, al igual que la educación, es administrada por el Estado el cual organiza y gestiona los servicios, nombra a los médicos según las exigencias del territorio, y el ciudadano recibe gratuitamente el servicio. El médico es un funcionario del Estado y el ciudadano no puede escoger ni médico ni hospital.

[207]Véase el Códice italiano di Deontología Medica, coord. por la Federación Nacional de los Colegios Médicos Cirujanos y de Obstetras, Roma 1989, que se abre con el juramento de los médicos

El modelo «socializado» tal como está vigente, por ejemplo, en Inglaterra o en Italia, se basa en los principios de la gestión pública de los servicios, de las prestaciones gratuitas e iguales para todos, de la organización territorialmente programada de los servicios, del respeto de la iniciativa privada (establecida por convenio o reconocida) y de la libre elección del médico.

---

[192]

No es tarea nuestra adentrarnos aquí en el examen de la ley que instituye el Servicio Sanitario Nacional [italiano] (ley n. 833 del 23 de diciembre de 1978)[208], ni pretendemos verificar los momentos de actuación o las disfunciones. Pero hay que decir que constituye un intento importante de conciliar los principios y los valores de libertad del individuo y, de otra parte, la sociabilidad del servicio.

Pero consideramos pertinente para la reflexión general que estamos haciendo, y por los problemas éticos que plantea, hacer algunas reflexiones al respecto.

En el modelo colectivista se eliminan la libertad del médico y la libertad del ciudadano: en los problemas de la salud sólo se considera el aspecto corporal y de eficiencia; no es el ciudadano el que con ayuda del médico administra su propia salud o su propia enfermedad, sino que es el Estado el que por medio del médico-funcionario y de sus servicios gestiona los cuerpos para que sean eficientes.

En el modelo liberal no siempre queda garantizada la sociabilidad y el principio de igualdad del servicio: quien tiene más necesidad de cuidados podría tener menos medios para curarse; el hospital y las organizaciones de los servicios en general podrían convertirse en empresas prestadoras de servicios costosos. El médico puede verse involucrado dentro de las dinámicas del beneficio privado y, si deja de estar a la altura que le corresponde o contraviene el estatuto ético, podría convertirse en instrumento del que paga más, incluso por alguna finalidad éticamente inadmisible (esterilización, aborto, eutanasia a requerimiento).

También dentro del modelo socializado se pueden encontrar deficiencias con repercusiones de orden ético: el médico llega a depender fundamentalmente de la estructura pública (aun cuando no se le cierre bajo determinadas condiciones el ejercicio libre de su profesión) y a convertirse en expresión de la burocracia del Estado; también los servicios pueden burocratizarse y a veces politizarse.

El riesgo de la politización de los servicios (al ser pública su administración) es, por esto, el sometimiento de los servicios a los partidos que expresan la vida política, y éstos son escollos en la gestión sanitaria en Italia en el momento actual, escollos que sólo una fuerte

[208] **ZIGUOU** R. (coord.), Riforma sanitaria **e** comunità cristiana, Brezzo di Bedero 1979.

conciencia ética, de la que deben participar médicos y ciudadanos, o incluso una revisión de la ley misma, podría corregir y contrarrestar.

Pero la sociedad influye en el ejercicio de la medicina y condiciona a la profesión médica también bajo otro aspecto, el del financiamiento.

La confrontación entre ética y economía sanitaria se vuelve cada vez más aguda. Mientras la ideología del bienestar hace de la salud del ciudadano el vértice del bienestar mismo, el gasto sanitario crece cada vez más y todos los Estados, que tienen que gestionar económicamente la sanidad, soportan con graves dificultades el aumento del gasto público. Se llega a acusar a la sanidad de hacer que

---

[193]

las finanzas estatales entren en crisis y consecuentemente se programan los remedios. Entre estos remedios algunos proponen, en nombre del llamado principio del costo/beneficio, eliminar los gastos improductivos en el campo sanitario, como podrían ser los destinados a cuidar a los enfermos más graves e irrecuperables.

«La adquisición de medios terapéuticos sofisticados e idóneos para impedir que el hombre muera por enfermedades hasta hace poco mortales o incluso incurables, comporta un costo que impide su generalización, por lo que la curación y la vida comienzan a tener un precio tan alto que la sociedad no puede permitirse el lujo de soportarlo; y es por esto también por lo que amargamente se podría decir que cuanto más progresa la medicina, tanto más difícil resulta curar al enfermo. El inevitable conflicto entre sociedad e individuo lleva al trágico momento de tener que decidir a qué pacientes se les debe dejar morir, y entonces se plantea el grave problema de la responsabilidad social e individual del médico. Estoy convencido de que el concepto de responsabilidad individual no puede ser sustituido por el de responsabilidad social, más ideológico; si así lo hiciera, el médico sería al mismo tiempo médico del hombre y médico de la sociedad»[209].

Por ejemplo, no han faltado voces que pretenden justificar la eutanasia llamada «social», debido a la falta de medios económicos. Desde este punto de vista, la sociedad necesitaría de curación tanto como el enfermo, para que, corrigiendo el criterio economicista de los costos/beneficios y sustituyéndolo por el de la «proporcionalidad de los cuidados», se adoptara una política basada en el deber de ayudar más al que más necesitado está de cuidados.

Pero éste también será un tema que habremos de abordar de forma específica más adelante.

---

[209] FRANCHINI, Le grandi scoperte della medicina, en AGAZZI (coord.), Storia delle scienze, p. 388.
En el segundo volumen de esta obra dedicamos un capítulo a los temas relativos a la relación entre economía, sociedad y gestión de la salud: SGRECCIA, Manuaie di Bioética, a, pp. 445-473

En conclusión, se ve cómo el problema de esa doble pertenencia del médico —al enfermo y a la sociedad— se debe resolver en el sentido de que hay que concebir a la misma sociedad al servicio dé la persona, y de la persona más necesitada; y, por tanto, el médico, que es expresión de este servicio de la sociedad a la persona humana, podrá convertirse también en educador de la sociedad mientras mantenga su carácter de fidelidad a la persona del paciente.

El componente ambiental

En la definición de los ámbitos de la Bioética que dimos en el capítulo primero de este volumen, incluimos los temas ambientales en relación con la vida y la salud

[194]

humanas En realidad, nadie puede negar que la medicina está fuertemente vinculada con el estudio de las condiciones sociales y ambientales del mundo físico, como pueden ser las condiciones de clima, la contaminación o limpieza de la atmósfera, la presencia de factores biológicos o químicos patógenos en el mundo circundante, el equilibrio de las especies animales y de su salud o los agentes virales y microbiológicos que comportan ciertas condiciones de vida.

Se sabe que las políticas y las decisiones tomadas en materia ambiental han llevado a algunos a pensar paradójicamente que, para evitar la contaminación atmosférica, habría que bloquear el crecimiento de la población considerando que los contaminantes son los hombres, incluso los niños; de tal manera que lo que siempre se había experimentado como un problema de ética familiar, se habría vuelto un problema de política ambiental. Todo esto lo decimos para poner ejemplos de cómo se implican la bioética y la ética ambiental.

Puesto que el ambiente está continuamente influenciado por el hombre, por sus actividades técnico-industriales y por sus decisiones económicas, se impone una ética ambiental referida al equilibrio de la biosfera y del ecosistema.

Por otra parte, los pioneros de la bioética, como Potter o Jonas, estaban muy conscientes[210] del componente ambiental de la Bioética.

En este ámbito existen, a nuestro juicio, dos niveles de temas éticos: el primer nivel es de carácter filosófico general, y consiste en definir la antropología de referencia; el segundo nivel consiste en identificar los problemas bioéticos particulares de los que so responsables la sociedad y la medicina en el ámbito ecológico-ambiental.

[210] También en el segundo volumen de esta obra hemos dedicado un capítulo a la Bioética en el ámbito laboral, sección ésta no ciertamente indiferente de la Bioética del ambiente. Véase SGRECCIA, Manuaíe di Bioética. II, pp. 277-279.

La ética ambiental de primer nivel, que se concentra en la premisa antropológica, está hoy desarrollando una reflexión sobre el antropocentrismo o biocen-trismo.

Hay que establecer, efectivamente, si el equilibrio de la biosfera debe instaurarse poniendo el polo de referencia en el hombre y en la promoción y defensa de sus condiciones de vida y de salud (antropocentrismo) o si, por el contrario, al hombre hay que considerarlo como el animal-hombre, como una especie más, y el polo de referencia debe ser el de un vitalismo global de la biosfera.

Quien adopta esta última posición afirma, en definitiva, que la ética del ambiente debe ser una ética en sí misma, y no una parte o un capítulo de la Bioética.

Para ser coherentes con nuestro enfoque, queremos salir en defensa del antropocentrismo y la primacía del hombre, lo cual no significa que el hombre deba ser el dueño despótico de la biosfera, sino gestor responsable de la creación y de

---

[195]
la vida para el bien del hombre y de las generaciones futuras, pero haciendo compatible también el máximo respeto de la biosfera con el bien del hombre.

La figura del médico y la relación médico-paciente

Se advierte así cada vez más claramente, que el punto central de la problemática ética en medicina es la relación médico-paciente entendida como fidelidad y subordinación del médico a los valores absolutos de la persona humana, en el sentido de una valoración y constante revalorización de esta relación. Todo esto es lo que comporta el enfoque personalista de la medicina.

Sobre este tema debemos seguir haciendo algunas observaciones para precisar la naturaleza de la relación ética, las exigencias de esta relación y los momentos sobresalientes en que se expresa.

Hay que partir de las premisas que acabamos de exponer en el apartado anterior para definir la entidad y la calidad de la relación moral entre médico y paciente.

La vida, y la salud subordinadamente, son bienes confiados a la persona, bienes que cada uno tiene el derecho y el deber de conservarlos responsablemente. En otras palabras, el paciente es responsable de su vida y de su salud, pero no tiene la facultad moral de manejarlas arbitrariamente, sino que tiene el deber de salvaguardar su propia vida y de promover su salud.

El médico es el profesionista solicitado y escogido libremente por el paciente y aceptado por éste (o, en cualquier caso, llamado por la familia u ofrecido por la sociedad), para ayudar a prevenir la enfermedad o a

curarla, o para rehabilitar las fuerzas y las capacidades del sujeto; y se configura como prestador de un servicio calineado (prestador de un servicio profesional).

El paciente, por tanto, es siempre el agente principal (en caso de impedimento, la función activa pasa a los familiares o a los representantes legales) de la gestión de su propia salud. El acto médico y el control médico se convierten, por consiguiente, en una relación de sinergia.

El enfermo (o quien sea en su nombre) —que ha tomado conciencia de su estado de salud y de sus límites y que reconoce su incompetencia en el campo de la enfermedad que lo amenaza y menoscaba su autonomía—, a fin de recuperar o prevenir el daño a su autonomía, toma la iniciativa de dirigirse a otro, esto es, al médico quien, por su preparación y experiencia en el ejercicio de su profesión, es capaz de ayudarlo. El enfermo sigue siendo el actor principal en la gestión de la salud[211]. El médico que acepta ayudarlo es también él actor, pero en el sentido

---

[196]

no de quien actúa sobre un objeto, sino de quien colabora con un sujeto principal para alcanzar un propósito determinado. El que de hecho muchos enfermos sean pasivos y muchos médicos se conviertan en actor único, no constituye la configuración de la relación.

Lo cual no quiere decir que el enfermo pueda solicitar cualquier acción al médico ni Que pueda usurpar las competencias propias del médico mismo. Se mantiene íntegra la conciencia y la competencia del médico, así como la obligación que ambos tienen de actuar éticamente. Y si el paciente —actor y primer responsable, pero ya no dueño de la vida propia ni de la conciencia del médico—, pretendiera obtener prestaciones ilícitas (por ejemplo, la eutanasia), el médico puede y debe rehusarse a ello, de igual manera que tendría que rehusarse cuando en conciencia sintiera que no debe intervenir con cuidados que él en su competencia considerara inadecuados o perjudiciales. Se trata, por esto, de un pacto entre personas de las que una es la responsable principal de la iniciativa y la otra es más competente en la forma de resolver el problema. Y se trata, asimismo, de un pacto, o contrato, que se puede rescindir si una de las dos partes considerase que la otra ya no es capaz de llevar a cabo la acción terapéutica. J. F. Malherbe ha aplicado al acto médico las categorías de la acción formuladas por Aristóteles, las cuatro causas propias de toda acción de cambio: la causa material, la causa formal, la causa eficiente y la causa final[212].

En el caso del acto médico, la causa material es el paciente que se ofrece al médico; por esto la causa material es heterónoma respecto del

[211] MALHERBE, Médecine, anthropologie et éthique..., **p.** 11.
[212] Ibi, PP. 10-11.

médico (es decir, no depende de él). La causa formal es el parámetro de normalidad de salud, al cual: se refiere el acto médico; también este parámetro, por difícil que sea determinarlo, es heterónomo respecto del médico. Es en el plano de la causa eficiente donde se despliega mayormente la autonomía del médico, aun cuando jamás es absoluta y solitaria, ni respecto del paciente que está llamado a colaborar ni respecto de los demás agentes sanitarios (farmacólogos, analistas, especialistas, enfermeras, etcétera). Por último, la causa final es la curación o prevención de la enfermedad, objetivo obligado tanto para el paciente como para el médico.

Analizado, por tanto, el acto médico en sus componentes dinámicos y en su entramado de colaboraciones, se obtienen como resultado en cualquier caso una responsabilidad prioritaria y general del paciente, y otra sectorial y especializada del médico, la cual, aunque de carácter subsidiario, tiene su propio ámbito de responsaibilidad autónoma.

Pero el razonamiento bioético sobre el acto médico requiere una reflexión ulterior referente sobre todo al alcance de los valores que deberá tener presente el médico en su relación con el paciente. Refiriéndonos a lo que oportunamente

---

[197]

precisa P. Cattorini[213], debemos decir que el encuentro terapéutico tiene un carácter progresivo hacia niveles cada vez más altos y cada vez más ricos. El primer nivel es predominantemente objetivo y corporal: el médico observa el órgano enfermo o la disfunción fisiológica que impide la normalidad de la vida orgánica; en este primer nivel el médico «restringe» su objetivo y «reduce» su mirada al objeto particular.

Desde este primer nivel, la atención se desplaza a la integridad somática en cuyo nivel particular se inscribe la enfermedad: es la atención holística que permite «comprenden» lo particular en la síntesis orgánica. Sigue luego la mirada diacrónica del historial del sujeto: el hecho particular de la enfermedad y el organismo entero tienen una historia; y es en esta historia en la que se inscribe la génesis y etiopa-togénesis de la enfermedad. El paso ulterior es el que el médico da hacia su propia ciencia, para recopilar los elementos de su saber y evaluar con ello los síntomas y los datos objetivos. Estos datos son procesados por la mente del médico y le permiten emitir un juicio; juicio que, si lo permite el tiempo disponible, deberá ser comunicado al paciente, precisamente porque éste no es un objeto, sino el sujeto prioritario del proceso de apoyo a la vida y a la salud. Es en esta fase cuando se eleva y se amplía la mirada hasta abarcar la psicología del enfermo: una cosa es la enfermedad, y otra el modo como la enfermedad es vivida según los estados emotivos, psicológicos y espirituales que unas veces son inconscientes y otras

[213] CATTORINI, *Terapia e parola...*

veces se verbalizan. De este modo se llega a entablar una relación interpersonal, que es comunicativa, entre dos existencias libres. Se advierte, así, la importancia del diálogo entre el paciente y el médico; un diálogo, que tiene valor informativo, terapéutico y decisorio. Un diálogo que pone a dos conciencias frente a un bien que trasciende a ambos: la vida y la persona con sus valores. Para el fiel cristiano es éste también el lugar del encuentro con Cristo, con Dios hecho hombre: «Lo que hicieren a uno de estos hermanos míos a mí me lo harán» (Mt 25, 40). En este sentido el diálogo se amplía, y de la esfera de la «salud» pasa a la de la «salvación», sin perder nada de la objetividad científica y de la carga humana del acto terapéutico.
Sobre los objetivos del diálogo entre médico y paciente, sin querer entrar en una exposición preceptiva y de detalle metodológico[214], nos limitamos a recordar las finalidades que ese diálogo deberá tener para que sea éticamente completo: la finalidad informativa, terapéutica y decisoria.
Podríamos ampliar el razonamiento para cada una de estas finalidades del diálogo, pero lo reanudaremos cuando aparezca en los estudios de casos en particular.

---

[198]

Pero por ahora, baste recordar que el diálogo informativo hay que entenderlo en sentido dual e interpersonal; que obliga a guardar el secreto y, una vez más, a la difícil tarea de informar al paciente sobre las verdaderas condiciones de su salud su agravamiento o el carácter irremediable de su enfermedad. Todos éstos son aspectos éticamente relevantes que permiten que el momento de diálogo se cargue de valores y responsabilidades. Y no hay que pasar por alto la preparación, tanto técnica como psicológica, que ese diálogo requiere por parte del médico: mientras que las técnicas del diálogo son una guía útil para que resulte válido, en el médico se requiere también madurez ética para que, ante realidades como la enfermedad, la muerte o un posible fracaso, no movilice dinámicas psicológicas capaces de activar mecanismos de defensa, como la fuga o la agresividad, que a menudo lastiman y marcan tanto al enfermo como al médico. La preparación psicológica del médico es, pues, una necesidad inherente al ejercicio de su profesión, sin que esto dispense de la intervención del psicólogo sobre el enfermo, en caso de que éste requiera una psicoterapia específica.

El diálogo es terapéutico en su conjunto, en cuanto que ha de inscribirse en un proceso de terapia; pero tal exigencia subraya, a su vez, la eficacia terapéutica que el diálogo tiene, cuando es palabra y escucha a un tiempo, respecto del componente psicológico que está presente en

[214] IANDOLO C, *L'approccio umano al malato,* Roma 1979; !D., *Parlare col malato,* Roma 1983.

toda enfermedad y especialmente en ciertas formas de trastornos de origen emocional[215].
Pero la importancia del diálogo, en cuanto a su significado ético, se advierte sobre todo cuando se entra en la fase de toma de decisiones, en la que siempre se debe estar consciente del derecho primario que el paciente tiene sobre su salud. En este ámbito se plantea el problema del consentimiento informado, o implícito o presunto según las situaciones, situaciones que analizaremos ante cada uno de los hechos terapéuticos que surjan (trasplantes, experimentación, etcétera).
Pero la exigencia de consentimiento y el respeto de los que se definen como «derechos del enfermo» son requerimientos que hay que tener presentes en cada momento de la terapia.

Las virtudes éticas del médico
El perfil ético del médico en cuanto tal, dentro de las que son las virtudes cardinales propias de cualquier .homjace responsable y que ya recordábamos anteriormente, se puede resumir brevemente, casi sintetizando todo lo que hemos venido exponiendo en este capítulo. Tomamos este concepto de la propuesta que el Concilio
[199]
Vaticano II hace en la Constitución Pastoral *Gaudium et Spes* a todos los laicos que están comprometidos concretamente en las realidades temporales y en las responsabilidades civiles. Pero tales instancias valen, de todos modos, también para los profesionales de la medicina[216] y se pueden enunciar de la siguiente manera: la competencia profesional técnico-cientifica, la conciencia de los valores, la coherencia en el comportamiento y la colaboración.
No se necesita decir mucho para explicar estas exigencias, que resultan obvias desde el punto de vista teórico.
La competencia indica la exigencia ética prioritaria y se refiere al horizonte específico de la profesión, horizonte que abarca la complejidad y unidad del saber médico de la que hablábamos al principio del capítulo. Puesto que esa competencia se torna cada vez más especializada y sectorizada, el médico deberá hacer un esfuerzo de síntesis, de actualización y formación permanente y, al mismo tiempo, deberá saber aprovecharse de la capacidad especializada de otros. ?. La conciencia de los valores se vincula con la antropología fundamental que el médico ha asimilado y que, como veíamos, está siempre tentada por el reduccionismo. Nadie, de todos modos, ignora que los, valores que se relacionan con esta profesión son lod de la persona humana y, en ésta,

[215] FRANKL V., *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und der Existenzanalyse,* Viena 1979; HÄRING, *Libertad y fidelidad...*
[216] CONCILIO VATICANO U, *Constitución Pastoral «Gaudium et Spes»,* nn. 41-43. Véase también SGRECCIA E., *Per l'esercizio cristiano della medicina,* «Medicina e Morale», 1979, 2, pp. 161-190.

los valores de la vida y de la salud en la acepción armónica y amplia que hemos recordado. Es obvio que cuanto más rica sea la conciencia de los valores, que pueden también iluminarse con la visión de la fe, tanto más atenta y sensible será la conciencia del profesionista.

Pero la ética no es una ciencia puramente especulativa, sino que —como la bioética cuando se aplica al campo de la medicina— se vuelve operativa: es en el momento operativo cuando se despliega la vida ética y se hacen realidad los valores. Lo que importa ppner.de relieve es que esa operatividad, cuando se lleva a efecto según la coherencia entre la competencia específica y la conciencia de los valores, hace ética ante todo a la acción en sí, pero, al mismo tiempo, contribuye al enriquecimiento del ser personal que vive en el profesionista y en el enfermo, al igual que en la comunidad. Si es cierto que una sociedad se califica por los valores, y que una profesión como la médica está cargada de responsabilidades por los valores que maneja, es igualmente cierto que se debe tratar de, valores actuados y encarnados y no sólo enunciados.

La colaboración, en la que hemos insistido respecto de la relación médico-paciente, hay que entenderla en el conjunto de las personas que actúan en el transcurso de un mismo proceso terapéutico: el personal de enfermería, los parientes, los diversos especialistas. Sólo con la condición de que se dé esta colaboración,
[200]
se pueden impedir que tal fragmentación disperse al acto medicó, el cual perdería así su eficacia al tiempo que su significación humana.

Resulta süperfluo decir que sólo con la práctica profesional, es como la sensibilidad ética y el enriquecimiento personal se verifican y corroboran. Es lo que dice K Jaspers, nada sospechoso de excesiva confesionalidad:

«Quizás exista una cierta analogía entre la actividad del director de almas y la del médico: en ambas la profesión práctica predomina sobre el saber, que es sólo un medio. El futuro del ser médico no se decide en los lugares de investigación médica, ni el futuro de la fe bíblica en la teología académica [...] Hoy se pone poca atención al lugar donde se deciden el ser médico y la religión bíblica, mientras el ruido procedente de los lugares de la investigación médica y de la construcción teológica lo escucha una gran cantidad de público. Se trata probablemente de un engaño acústico sobre lo que sucede realmente».[217]

BIBLIOGRAFIA

[217] JASPERS K., BULTMANN R., *Die Frage der Entmythoìogisierung,* Munich 1981, pp. 32-33; CASSON F.F., *Dignità delia professione medica,* «Federazione Medica», XXXVII, 1984, 10, pp. 936-941.

AA. VV., *Ospedali più umani: come?,* Atti del Convegno intemazionale monotematico (18-20.6.1984), Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti 1984.

—, *Saggi di medicina e scienze umane,* Istituto Scientifico Ospedale S. Raffaele, Milàn 1984.

— , *La revolution thérapeutique,* Inst. Sciences Sante, Paris 1989.

ABBAGNANO N. (coord.), *Storia delle scienze,* UTET, Turfn 1965.

AGAZZI E. (coord.), *Storia delle scienze,* Città Nuova, Roma 1984.

—, *II bene, il male e la scienza,* Rusconi, Milàn 1992.

AGRIMI J., CRISCIANI C, *Malato, medico, medicina nel Medioevo,* Loescher, Turin 1980.

ASHLEY B.M., O'ROURKE K.D., *Health care ethics,* CHA, St. Louis (Mo) 1982.

BARBER R., *Social studies ofseience,* Transaction Publish, New Brunswick 1990.

BAUMANN F., *La solitude du médecin de ville,* en AA. VV., *Le défi bioétique,* Autrement, Paris 1991, pp. 61-67.

BAZZI F., *Codice deontologico nuovayorchese del 1823: commento critico storico e attuale,* «Medicina e Morale», 1981, 3, 442-455.

BELLINO F., *Persona e medicina: presupposti epistemologici e istanze etiche. Bios, logos, ethos,* en ALBANO O., MAIORANO G. (coord.), *Persona umana e medicina,* Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti 1985, pp. 99-119.

BERNARD J., *De la biologie e l'étique,* Buchet-Chatel, Paris 1990.

---

[201]

BOMPIANI A., *Attualità della riflessione etica nel settore biomedico,* en AA. VV., *Ciclo di conferenze su temi di bioetica,* CUES, Trieste 1992, pp. 89-103.

BOYD K., *The positive aspects of medical ethics today* «J Med. Ethics», 1984, 10, 122-123.

BRERA G.R., *La sofferenza nel rapporto medico-paziente: la medicina come scienza della sofferenza,* «Medicina e Morale», 1987, 1/2, 46-57.

BROCK D.W., BUCHANAN A.E., *The profit motive in medicine* «J.Med.Phil», 1987, 1, 1-35.

BRODY H., *The physician/patient relationship,* en VEATCH R.M., *Medical Ethics,* Jones and Burtlett, Boston 1989, pp. 65-96.

BROWN I., 77ie *prospects for ethical medicine,* en AA. VV., *Medicine in crisis,* Rutherford House Bks, Edimburgo 1988, pp. 120-127.

BRUAIRE C, *Une éthique pour la médecine,* Fayard, Paris 1978.

BURGIO G.R., MARSEGLIA G.L., CATTORINI P., *Bioetica per il neonato. La problematica delle decisioni,* en COVA BOLIS D. (coord.), *Bioetica per il bambino,* Ed. Mediche Italiane, Pavia 1989, pp. 125-139.
CAFFARRA C, *Male morale, mentalità tecnologica e teologia contemporanea,* «Medicina e Morale», 1974, 1, 25-32.
CALLIERI B., *Antropologia e psichiatrìa: dall'oggettività del «caso» alla esperienza di rapporto e di incontro con la persona,* «Medicina e Morale», 1983, 2, 180-188.
CAPRILE G., *La medicina per la civiltà della pace,* XVU Congresso dei Medici Cattolici italiani, «La Civiltà Cattolica», 1985, 4, 576-587.
—, *La medicina al servizio dell'uomo,* «La Civiltà Cattolica», 1987, 4, 582-591.
CASAROU A., *La medicina sia incontro fra ricerca e sapienza,* «Medicina e Morale», 1987, 5, 763-767.
CASSEL E., *Do justice, love mercy: the inappropriateness of the concept of justice applied to bedside decisions,* en SHELP E.E. (ed.), *Justice and health care,* Reidel, Dordrecht 1981, 8, pp. 75-83.
CASSON F.F., *Dignità della professione medica,* «Federazione Medica», 1984, 37, 936-941.
CATTORINI P., *Metodologia ed etica nella medicina. Appunti in margine ad un recente dibattito,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 498-517.
—, *Terapia e parola. Il rapporto medico-paziente come nucleo essenziale nella prassi medica,* «Medicina e Morale», 1985, 4, 781-789.
—,La professione medica fra legge e coscienza, *«Medicina e Morale», 1986, 2, 304-321.*

—,Medico e filosofo. Itinerari di una teoria della medicina, "Medicina e Morale", 1986, 1, 118-145.

—,Ai confini della geriatria. Problemi bioetici nella cura dell´ anziano e nel controllo della senescenza, "Medicina e Morale", 1987, 5, 769,797.
CIARANFI E., L'evoluzione della medicina e i problemi che ne derivano, "Federazione Medica", 1982, XXXV, 292-294.

---

[202]
CICCONE L. *Coscienza personale e professione medica,* «Medicina e Morale», 1985, 4, 766-780.
CONCILIO VATICANO II, *Constitución Pastoral «Gaudium et Spes»,* en *Documentos del Vaticano IL* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1975[29], pp. 177-297.
COPPENGEER M-. *Bioethics: a casebook,* Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1985.
COVA BOLIS D. (coord.), *Bioetica per il bambino,* Ed. Mediche Italiane, Pavia 1989, p. 152.

D'AGOSTINO F., *Medicina e diritto: riflessioni filosofiche,* en AA. VV., *Problemi giuridici della biomedicina, A.* Giuffrè, Milán 1989, pp. 151-183.

DAL FERRO G., *Concetto e significato del «potere» sulla natura in Romano Guardini,* en NODARI M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 176-188.

DE BENEDETTO F., *La fatica dell'aggiornamento,* «Medicina e Morale», 1983, 4, 400-405.

DE CARO L., GRIZZI A., *Uomo e paziente. Fenomenologia di una esperienza terapeutica,* Pavia 1988.

DI BENEDETTO V., *Il medico e la malattia,* Einaudi, Turin 1986.

DI RAIMONDO F.. *Medici e società,* «Medicina e Morale», 1974, 1, 33-41.

—, Medicina e promozione umana: didattica, ricerca, assistenza, «Medicina e Morale», 1976, 1-2, 115-132.

DOXIADIS S. (coord.), *Ethical issues in preventive medicine,* Martinus Nijhoff, Dordrecht 1985.

DYER A.R., *Ethics advertising and the definition of a profession,* «J. Med. Ethics», 1985,11,72-78.

EISENBERG L., *Ethical issues of health promotion, health education and behavioral control,* en DOXIADIS S. (coord.), *Ethical issues in preventive medicine,* Martinus Nijhoff, Dordrecht 1985, pp. 59-61.

FACCHINI F., *// rapporto uomo-ambiente per la qualità della vita umana,* en SGRECCIA E. (coord.), *Corso di bioetica,* Angeli, Milán 1986, pp. 61-69.

FEDERAZIONE EUROPEA DELLE ASSOCIAZIONI DEI MEDICI CATTOLICI (FEAMC), Atti del VII Congresso della FEAMC su *La médecine à l'aube du troisième millenaire,* Orizzonte Medico, Venezia 1992.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, *Codice di Deontologia Medica* (15.7.1989), «Il Medico d'Italia», 1990, marzo, supp. al n. 44.

FEDERSPIL G., *Metodologia scientifica in medicina: possibili deviazioni,* «Medicina e Morale», 1985, 3, 501-507.

—, Discorso scientifico e discorso etico in medicina: antiche e nuove problematiche, en AA. VV., *Etica e trasformazioni tecnologiche,* Vita e Pensiero, Milán 1987, pp. 210-221.

---

[203]

FIORI A., *Medicina ippocratica, medicina ideologica, obiezione di coscienza,* «Medicina e Morale», 1977, 1/2, 166-184.

—, I confini della medicina, en SGRECCIA E. (coord.), *// dono della vita,* Vita e Pensiero, Milán 1987, pp. 177-185.

FRANCHINI A., Le grandi scoperte della medicina nel XX secólo, en AGAZZI E. (coord.), Storia delle scienze, Cittá Nueva, Roma 1984, n, pp. 387-400.

FRANKL V.E., Homo patiens. Interpretazione umanistica della sojferenza, Salcom, Brez-zo di Bedero 1979.

—, Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und der Existenzanalyse, Viena 1979.

FUCHS E., La fidélité dans le consentement, «Médecine et Hygiéne» 1986 44, 2024-2025.

GALEA L., Towards humanization of medicine, en CORTIS T. (ed.), Bioethics. Ministry for Soc. Pol., Valletta 1989, pp. 135-139.

GILLON R., Medecine and moral philosophy, «J. Med. Ethics», 1983, 9, 3-4.

—, Medical confidentially, «J. Med. Ethics», 1984, 10, 3-4.

—, Adequately informed consent, «J. Med. Ethics», 1985, 11, 115-116.

—, Two concepts of medical ethics, «J. Med. Ethics», 1985, 11, 3.

GRAEV M., Sul dovere di «informare» il medico e sull'obbligo del medico di «informarsi», «Medicina e Morale», 1974, 1, 42-48.

GREENBERG I., Toward a covenantal ethic of medicine, en MEIER L. (ed.), Jewish Valúes in Bioethics, Human Sciences Press, Nueva York 1986, pp. 124-149.

HALDANE J.J., Medical ethics: an alternative approach, «J. Med. Ethics», 1986, 12, 145-150.

HÁRING B., Libertad y fidelidad en Cristo, 3 vols., Herder, Barcelona 1981-1983.

HERRANZ RODRÍGUEZ G., Alie radici dell'etica medica, «Societá e Salute», 1986, 44/45, 36-46.

—, La enseñanza de la ética médica en la formación del médico, en AA. VV., Problemas contemporáneos en bioética, Univ. Cat. de Chile, Santiago 1990, pp. 325-338.

IANDOLO C, L'approccio umano al malato, Armando, Roma 1980.

—, Parlare col malato, Armando, Roma 1983.

—, Aspetti etici delle relazioni fra il malato e il personóle sanitario, en RANDAZZO A. (coord.), Problemi etici di vita ospedaliera, Piccin, Padua 1989, pp. 1-17.

ISAMBERT F.A., Le consentement: le point de vue d'une éthique rationnelle, «Médecine et Hygiéne», 1986, 2021-2023.

JASPERS K., BULTMANN R., Die Frage der Entmythologisierung, Piper, Munich 1981.

JOHNSON A.G., Teaching medical ethics as a practical subject observation from experience, «J. Med. Ethics», 1983, 9, 5-7.

[204]

JONAS H. *Technique, morale et genie génétique,* «Communio» (Paris), 1984, IX, 6, 45-65.
JONSEN A R SIEGLER M., WINSLADE W.J., *Clinical ethics,* Macmillan, Nueva York 1982.
KAPLAN A L *Exemplary reasoning? A comment of theory structure in biomedicine,* «J. Medical Philosophy », 1986, 1, 93-105.
KENNEDY I., *Treat me right. Essays in medical law and ethics,* Clarendon, Oxford 1988.
KIRBY M.D., *Informed consent: what does it mean?,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 69-75.
KNOX E.G., *Ethical issues in descriptive and analytical epidemiology and in primary prevention,* en DOXIADIS S. (coord.), *Ethical issues in preventive medicine,* Martians Nijhoff, Dordrecht 1985, pp. 46-53.
KOTTOW M.H., *Medical confidentially an intransigent and absolute obligation,* «J. Med. Ethics», 1985, 12, 117-122.
KRISTELLER P., *Philosophy and medicine in medioeval and renaissance Italy,* en SPICKER S.F. (ed.), *Organism, medicine and metaphysics,* Reidel, Dordrecht 1977, pp. 13-29.
LADRIÈRE J., *L'articulation du sense,* Aubier-Montaigne, Pans 1970.
LAÌN ENTRALGO P., *Historia universal de la medicina,* 8 vols., Barcelona 1972.
LAMOTTE B., *Le réductionisme: méthode ou idéologie?,* «Lumière et vie», 1985, 172, 5-18.
LOMBARDI VALLAURI L., *Le culture riduzionistiche nei confronti della vita,* en AA. VV., *// valore della vita,* Vita e Pensiero, Milan 1985, pp. 41-74.
L'uomo e l'ambiente: dominare o contemplare la natura? (editorial), «La Civiltà Cattolica», 1987, m, 345-354.
MACINTYRE A., *HOW virtues become vices: values, medicine and social context,* en ENGELHARDT H.T., SPICKER S.F. (eds.), *Evaluation and explanation in the biomedical sciences,* Reidel, Dordrecht 1975, 1, pp. 97-113.
—, Patients as agents, en SPICKER S.F. (ed.), *Philosophical medical ethics: its nature and significance,* Reidel, Dordrecht 1977, 3, pp. 197-213.
MAIORANO G., ALBANO O., *Etica medica e medicina interna,* «Medicina e Morale», 1984, 3, 342-349.
MALHERBE J.F., *Médecine, anthropologic et éthique,* «Médecine de l'Homme», 1985, 156/157, 5-12.
MANCINI I., *Teologia, ideologia, utopia,* Queriniana, Brescia 1974.
MANZOLI F.A., *La formazione del medico specialista nella prospettiva europea,* «Medicina e Morale», 1990, 2, 253-263.
MARTIN J.F., *Methods and procedures of ethical control,* en DOXIADIS S. (coord.), *Ethical issues in preventive medicine,* Martinus Nijhoff, Dordrecht 1985, pp. 95-101.
MARTINI CM., *Etica ed evoluzione tecnologica nella medicina contemporanea,* «Medicina e Morale», 1984, 1, 5-10.

[205]
MASCITELLI E., *Per una lettura antropologica della medicina,* en AA. VV„ *Saggi di medicina e scienze umane,* Istituto Scientifico Ospedale S Raffaele, Milán 1984, pp. 4-35.
MCCORMICK R.A., *Salute e medicina nella tradizione cattolica,* Camilliane, Turin 1986.
MEIER L., *Visiting the Sick: An Authentic Encounter,* en MEIER L. (ed.), *Jewish Values in Bioethics,* Human Sciences Press, Nueva York 1986, pp. 183-189.
MESSINA P.R., *Appunti sulla storia dell'assistenza,* «Società e Salute», 1986, 44/45, 11-22.
MONOD J., *El azar y la necesidad,* Bruguera, Barcelona 1984.
MONTALENTI G., *Storia della biologia e della medicina,* en ABBAGNANO N. (coord.), *Storia delle scienze,* UTET, Turin 1962.
MORGANTE G., *Umanizzazione della medicina,* «Medicina e Morale», 1984, 3, 322-237.
MOTTURA G., *// giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia,* Ed. Riuniti, Roma 1986.
ORSINI L., *Tra scienza e conoscenza: la medicina, con amore,* Nuovi Orizzonti, Milán 1989.
OWENS J., *Aristotelian ethics, medicine and the changing nature of man,* en SPICKER S.F. (ed.), *Philosophical medical ethics: its nature and significance,* Reidel, Dordrecht 1977, 3, pp. 127-143.
PARIZEAU M.H., *Le consentement, en pratique,* «Médecine et Hygiène», 1986, 44, 2002-2004.
PATT H.J., (HRSG), *Christliche Anthropologic ais Perspektive fur die Medizin,* Verlag J.P., Colonia 1985.
PELLEGRINO E.D., *Moral agency and professional ethics: some notes on transformation of the physician-patient encounter,* en SPICKER S., ENGELHARDT H.T. (eds.), *Philosophical medical ethics: its nature and significance,* Reidel, Dordrecht 1977, 3, pp. 213-223.
—, *Philosophy of medicine: towards a definition,* «J. Medical Philosophy», 1986,1,9-16.
—, *Altruism, self-interest and medical ethics,* JAMA, 1987, 258, 1939-1940.
—, THOMASMA D.C., *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care,* Oxford University Press, Nueva York 1988.
PESCE S., *Medicina e teologia per la difesa della vita,* Orizzonte Medico, Roma 1976.
PHILIP J., *The sanctity of life: the Christian consensus,* en BROWN I. (ed.), *Medicine in crisis,* Rutheford House Bks, Edimburgo 1988, pp. 14-26.
PINET G., *Ethical aspects of public health legislation and the role of the state,* en DOXIADIS S. (coord.), *Ethical issues in preventive medicine,* Martinus Nijhoff, Dordrecht 1985, pp. 32-35.

PIZZAMIGLIO L., LAICARDI-PIZZAMIGLIO C, *Ancora sul rapporto medico-paziente. Problemi di ieri e di oggi,* «Medicina e Morale», 1974, 1, 49-59.
POPPER K., *La lògica de la investigación científica,* Tecnos, Madrid 1980.

---

[206]

—, *Conocimiento objetivo, Un enfoque evolucionista,* Tecnos, Madrid 1988.
—, *E1 universo abierto: un argumento en favor del indeterminismo. Post scriptum a la logica de la investigación científica,* Tecnos, Madrid 1984.
PREMUDA L *Metodo e conoscenza da Ippocrate ai nostri giorni,* Cedam, Padua 1971.
—, *Storia della medicina,* Cedam, Padua 1975.
QUATTROCCHI P-, *Etica, scienza, complessità,* Angeli, Milán 1984.
QUINTANA VILLAR C, *La enseñanza de la medicina y de la ética médica en la Pontificia Universidad Católica de Chile,* en AA. VV., *Problemas contemporáneos en bioética,* Univ. Cat. de Chile, Santiago 1990, pp. 319-324.
RACKMAN E., *Jewish Medical Ethics and Law,* en MEIER L. (ed.), *Jewish Values in Bíoe-thics,* Human Sciences Press, Nueva York 1986, pp. 150-173.
RAINBOLT G.W., *Competition and the patient-centereted ethic,* «J. Med. Phil.», 1987, 1, 85-95.
RAINERI P., *Diagnosi clinica. Storia e metodologia,* Boria, Roma 1989.
—, *Le fasi della diagnosi: occhio clinico, occhio computerizzato e medicina personale,* en CATTORINI P. (coord.), *Leggere il corpo malato,* Liviana, Padua 1989, pp. 91-107.
RAYNER C, *Ethical issues in the activities of mass media communication in health education,* en DOXIADIS S. (coord.), *Ethical issues in preventive medicine,* Martinus Nijhoff, Dordrecht 1985, pp. 65-71.
REISER S J., *Medicine and reign of technology,* Cambridge Univ. Press, London 1978.
RUIZ DE LA PEÑA J.L., *Anthropologic et tentation biologiste,* «Communio», 1984, IX, 6, 66-79.
RUSSO F., *L'uomo e la biosfera. Un importante programma dell'UNESCO,* «La Civiltà Cattolica», 1987, n, 292-299.
SCALABRINO SPADEA M., *Aspetti problematici del rapporto medico-paziente nella legislazione internazionale sui diritti dell'uomo,* «Medicina e Morale», 1986, 1. 47-72.
SCALFARO O.L., *Società e problemi del malato,* en RANDAZZO A. (coord.), *Problemi etici di vita ospedaliera,* Piccin, Padua 1989, pp. 17-35.
SCANDELLARI C, *Gli aspetti logici delle argomentazioni diagnostiche,* en CATTORINI P. (coord.), *Leggere il corpo malato,* Liviana, Padua 1989, pp. 107-117.

SCHAFENER K.F., *Exemplar reasoning about biological models and diseases: a relation between the philosophy of science,* «J. Medical Philosophy», 1986, 1, 63-78.
SCHOOYANS M., *La médicalisation des problèmes sociaux. Le cas du Brésil,* «Medicina e Morale», 1989, 4, 733-739.
SEVENSKY R.L., *The religious foundation of health care: a conceptual approach,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 165-169.
SGRECCIA E., *Per l'esercizio cristiano della medicina,* «Medicina e Morale», 1979, 2, 161-190.
—, *Coscienza cristiana e professione medica,* «Medicina e Morale», 1980, 3, 265-290.

[207]
—, *Il riduzionismo biologico in Medicina* (editorial), «Medicina e Morale», 1985,1, 3-9.
—, *Non archiviare l'impegno per la umanizzazione della medicina* (editorial), «Medicina e Morale», 1986,2, 267-270.
—, *Etica, razionalità e medicina* (editorial), «Medicina e Morale», 1988, 2, 199-203.
—, *I diritti dell'uomo e la medicina* (editorial), «Medicina e Morale», 1989, 1, 5-10.
—, *Il ruolo della bioetica nella formazione del medico europeo,* «Medicina eMorale», 1990, 6, 1115-1128.
—, *Manuale di Bioetica,* II, *Aspetti medico-sociali,* Vita e Pensiero, Milan 1991, pp. 445-473.
SHORTER E., *La tormentata storia del rapporto medico paziente,* Feltrinelli, Milàn 1986.
SMITH D.H., *Medical loyalty: dimensions and problems of a rich idea,* en SHELP E.E. (ed.), *Theology and bioethics,* Reidel, Dordrecht 1985, pp. 267-283.
SPICKER S.F., *The lived body as a catalytic agent reaction at the interface of medicine and philosophy,* en ENGELHARDT H.T., SPICKER S.F. (eds.), *Evaluation and explanation in the biomedical sciences,* Reidel, Dordrecht 1975, pp. 181-205.
—, *Medicine's influence on ethics: reflections on the putative moral role of medicine,* en SPICKER S.F., ENGELHARDT T.H. (eds.), *Philosophical medical ethics: nature and significance,* Reidel, Dordrecht 1977, pp. 143-155.
—, *Cognitive and conative issues in contemporary philosophy of medicine,* «J. Medical Philosophy», 1986, 1, 107-117.
SPINSANTI S., *La riflessione antropologica in medicina,* «Medicina e Morale», 1980, 1, 10-15.
—, *Guarire tutto l'uomo. La medicina antropologica di Viktor von Weizsàcher,* Paoline, Cinisello Balsamo 1988.

STRASSER T., *Ethical issues in trials of prevention,* en DOXIADIS S. (coord.), *Ethical issues in preventive medicine,* Martinus Nijhoff, Dordrecht, 1985, pp. 54-58.
STROPPIANA L., *Storia della medicina tra arte e scienza,* Edizioni dell'Ateneo, Roma 1985.
TETTAMANZI D., *Ministero laicale e professione medica,* «Medicina e Morale», 1978, 1, 13-33.
—, *Eticità: valore ed esigenza intrinseci ali 'esercizio della medicina,* en RANDAZZO A. (coord.), *Problemi etici di vita ospedaliera,* Piccin, Padua 1989, pp. 107-123.
TIMIO M., *La storia tecnologica del guarire,* Boria, Roma 1990.
TOULMIN S., *Concepts of function and mechanism in medicine and medical science (hommage a C. Bernard),* en ENGELHARDT H.T., SPICKER S.F. (eds.), *Evaluation and explanation in the biomedical sciences,* R. Reidel, Dordrecht 1975, pp. 51-67.
—, *How medicine saved the life of ethics,* en DE MARCO J.P., FAX R.M. (eds), *New direction in ethics,* RKP, Nueva York 1986, pp. 265-282.

---

[208]

VANNI ROVIGHI S., *Elementi di filosofia,* La Scuola, Brescia 1963, IH, pp. 235-246.
VEATCH R.M., *Case studies in medical ethics,* Harvard Univ. Press, Cambridge 1977.
VERSPIEREN P. (ed.), *Biologie, médecine et éthique. Textes du Magistère catholique.* Le Centurion, París 1987.
VILLA L., *Medicina oggi. Aspetti di ordine scientifico, filosofico, etico-sociale,* Piccin, Padua 1980.
WALTON J., *The general medical council's medical ethics,* «J. Med. Ethics», 1985, 11,5.
WARTOFSKY M.W., *Clinical judgement, expert programs, and cognitive style: a counter-essay in the logic of diagnostic,* «J. Medical Philosophy», 1986, 1, 81-93.
WEIZSÄCKER V. VON, *Filosofia della medicina,* Guerini e Associati, Milán 1990.
WULFF H., ROSENBERG R., *Philosophy of medicine. An introduction,* Blackwell Scientific, Oxford 1986.
ZAMBONI G., *La persona umana,* Vita e Pensiero, Milán 1983.
ZARIN D.A., *Decision analysis as a basis for medical decision making: the tree of Hippocrates,* «J. Medical Philosophy» (1984), **n,** 181-214.
ZIGLIOLI R. (coord.), *Riforma sanitaria e comunità cristiana,* Salcom, Brezzo di Bedero 1979.

PARTE ESPECIAL

[211]

CAPÍTULO 7
Bioética y genética

MANIPULACIÓN E INGENIERÍA GENÉTICA

Importancia y delimitación del tema

Como podemos comprobar por todo lo dicho sobre el origen histórico de la Bioética, es de la ingeniería genética de la que ha recibido su impulso más directo. Las expresiones «manipulación genética» e «ingeniería genética» se siguen percibiendo por la opinión pública y en las publicaciones de divulgación científica en un contexto de incertidumbre y, en todo caso, de, alerta para tener la máxima vigilancia. Incerti-dumbre y alarma que aumentan cuando no se conocen bien ni el significado de los términos, ni las posibilidades efectivas de aplicación.

Una primera incertidumbre terminológica que puede advertirse en diversas publicaciones es originada por el hecho de que en la acepción genérica de «manipulación genética» se incluyen de hecho otras intervenciones sobre la vida, ante todo sobre la vida naciente, como por ejemplo la procreación artificial, que directa y propiamente no implica en sí intervenciones en el código genético, sino en todo caso sobre los gametos y los embriones para asegurar la procreación o experimentar en ellos.

Es cierto también que se puede aprovechar la procreación artificial, sobre todo la procreación in *vitro,* para intervenir en el código genético del embrión o en los gametos. Pero en sí, a nuestro juicio, los dos grandes temas —ingeniería genética y procreación artificial— deben mantenerse separados. La misma expresión «manipulación genética» es muy genérica y no significa otra cosa que cualquier tipo de intervención (manipular: manejar, transformar con las manos) en el patrimonio genético; mientras que por *ingeniería genética* se entiende más concretamente: *el conjunto de técnicas encaminadas a transferir en la estructura de la célula de un ser vivo ciertas informaciones genéticas que de otro modo no tendría*[218].

---

[212]

En esta definición parecería a primera vista que no entra el empleo de las técnicas de ingeniería genética con fines de diagnóstico. Pero, de hecho, para lograr un diagnóstico de tipo citogenético sobre todo mediante sondeos de ácido de-soxirribonucleico (DNA), es necesario recurrir a ciertas combinaciones e intervenciones por lo que también el diagnóstico genético entra en el ámbito de la ingeniería genética.

Los estudiosos, por otra parte, adoptan diferentes actitudes ante el tema. Está el optimista que pone grandes esperanzas en las posibilidades que presenta en el campo de la terapia genética o geneterapia: esta actitud es más común entre los biólogos moleculares y ¡os genetistas, los cuales a veces, ante tales expectativas, rechazan cualquier tipo de remoras o impedimentos legales, y tampoco se fijan demasiado en los medios que se utilizan, como en el caso de la

[218] SGRECCIA E., MELE V., *Gli aspetti etici dell'ingegneria genetica,* en SGRECCIA, MELE (coord.), *Ingegneria genetica e biotecnologie...,* pp. 131-166.

experimentación en embriones, experimentación que algunos consideran imprescindible para alcanzar las metas propuestas.

Otros se muestran más preocupados por las posibles desviaciones y manipulaciones de la ingeniería, las cuales, una vez puestas en marcha, podrían cambiar el estatuto genético de la humanidad, provocando una revolución mucho más importante que cualquier otra revolución política o militar; esta es la actitud más frecuente entre los juristas y los moralistas. Es obvio que esta corriente de opinión esté presionando y urja para que cuanto antes se disponga de una normativa precisa, la cual sea vinculante para los investigadores (de cuyas actividades poco se sabe) y que tranquilice a la opinión pública.

De cualquier modo, es indudable que nos encontramos ante un momento central de la historia de la ciencia y de la historia de la humanidad.

Efectivamente, el momento actual es calificado como «de un cambio de época» en la historia de la civilización humana, por la excepcional capacidad de cambio que encierra y que puede activar. Un momento que se presenta también, cuando se reflexiona en él profundamente, como «paradójico»[219].

Pues, por una parte, se habla de «autopoyesis» del hombre. Éste se ha vuelto capaz de hacer brotar la vida humana en el laboratorio, e incluso de variar el estatuto genético de su propia especie, hasta llegar a hablarse de una nueva etapa del darwinismo: la filogénesis, o evolución de la especie —mediante la cual se despliegan las diversas formas de la vida en el cosmos—, no se efectuaría ya por las mutaciones producidas en el código genético debido al influjo del ambiente, sino porque el hombre, que ocupa el vértice de esa evolución (o mejor dicho, el científico), tomando en sus manos el misterioso código genético y desvelando ese misterio, provocaría —o podría provocar— la mutación en el sentido deseado y en la dirección elegida.

---

[213]

Por otra parte, esta misma fase de nuestra historia presenta otra posibilidad contraria: la de que la humanidad pueda autodestruirse. La Pontificia Academia de las Ciencias elaboró y presentó en 1982 a los jefes de Estado una «Declaración sobre la prevención de la guerra nuclear», en la que se señala, entre otras cosas, que en ese entonces había en el mundo un arsenal de cerca de 50 mil artefactos nucleares, algunos de los cuales eran miles de veces más destructivos que los que acabaron con Hiroshima, con un potencial explosivo equivalente a tres toneladas de trinitrotolueno por cada habitante del globo; cosa que basta, y sobra, para destruir a la humanidad. Se ha escrito que, a finales del año 1000, Europa tuvo inquietantes pesadillas porque se pensaba que Dios iba a acabar con el mundo; el miedo, a finales del segundo milenio, es que sean los hombres los que lo destruyan.

He tomado como término de comparación el potencial atómico por una razón de analogía: como la energía atómica puede ser utilizada también para fines pacíficos, así la ingeniería genética puede ser

[219] LOMBARDI VAUAURI L., *Manipolazioni genetiche e diritto,* «Rivista di Diritto Civile», 1985, gennaio-febbraio, pp. 1-23.

orientada hacia fines terapéuticos, para curar enfermedades hasta ahora indomables y resistentes a la ciencia médica. Una orientación pacífica y constructiva, o bien manipuladora y destructiva; el dilema, en definitiva, depende de la ética, de las opciones éticas que se tomen.

Nunca como ahora la ética ha cobrado tanta importancia en la medicina, en la biología y en la sociedad. Los descubrimientos científicos han hecho que la moral, la que se ocupa de la vida, interese a todos; que sea un problema de importancia prioritaria en la sociedad, a nivel mundial.

Esta relevancia resulta más evidente si se repasa brevemente el rápido progreso de las ciencias biológicas, las posibilidades que encierran para el futuro del hombre y los problemas éticos que plantea a la responsabilidad de los científicos y de la comunidad civil.

Pero es sobre todo la importancia y la amplitud que encierra el tratar este tema, lo que nos induce a dedicar un capítulo aparte dentro de su intención principal, la vinculada con la procreación y con la curación de la esterilidad.

Debemos agregar que este tema es objeto de atención por parte no sólo de los moralistas sino también de los organismos nacionales e internacionales, que han elaborado algunos lineamientos normativos.

Las primeras formulaciones tuvieron su origen en las conclusiones de la Conferencia de Asilomar en febrero de 1975[220], en la que participaron los mayores expertos a nivel mundial sobre las manipulaciones genéticas in vitro, y que hizo una primera clasificación de los riesgos, así como una lista de experimentos que había que prohibir, sugiriendo al propio tiempo la necesidad de adoptar medidas

---

[214]

de vigilancia reglamentarias, sin dejar de subrayar, ciertamente, las posibilidades positivas para el progreso humano. Citamos a continuación las normativas más significativas:

1. Guidelines for Research Involving DNA Molecules[221], publicadas en julio de 1977 por el National Institute of Health (NIH) en Estados Unidos. Los experimentos se clasifican conforme a ciertas tablas, con una lista de ios experimentos prohibidos, la atribución de responsabilidades, etcétera; previéndose, asimismo, financiar a quienes observen tales disposiciones.

Posteriormente, en 1984, se actualizaron estos Lineamientos, precisando ulteriormente el campo de aplicación de las investigaciones y estableciendo las obligaciones y procedimientos específicos del RAC

---

[220] KRIMSKY S., Genetic Alchemy: a social history of the rDNA Controversy, Cambridge 1982.

[221] Para la normativa del National institute of Health (NIH) de Estados Unidos nos hemos servido de los documentos anexos al informe de C. Byk, magistrado del Ministerio de Justicia francés, que lleva por título: Ethique et droit en Amérique du Nord face au progrès des sciences biologiques et médicales, 1986 (en fotocopia).

(Recombinant Advisory Committee, Comité Asesor de la Recombinación) y del Federal Register.

2. Más recientemente (1985), el mismo NIH dictó algunos Puntos que hay que tomar en consideración en el diseño y límites de los protocolos de geneterapia de células somáticas humanas.

La posibilidad de aplicación de tales Puntos se limita a las investigaciones llevadas a cabo en las instituciones que reciben ya financiamiento por parte del NIH para investigar sobre el DNA recombinante (conforme a las anteriores Guidelines), incluidas las investigaciones del NIH mismo: se enumeran todos los requisitos que el proyecto experimental debe tener (objetivos precisos, estudios preclínicos, detallados procedimientos clínicos, calificación de los investigadores, selección de los pacientes, el consentimiento informado y el respeto del secreto), así como toda la documentación que debe ser producida y la obligación de comunicar inmediatamente los resultados obtenidos.

3. Eí Informe Williams, publicado en 1976 en el Reino Unido[222], ofrece también una clasificación de los experimentos de laboratorio según el nivel de riesgo; se establece como referencia obligatoria el «Comité de Consulta para las Manipul aciones Genéticas» (GMAG), cuyas atribuciones se definen, y obliga a la aprobación explícita de los protocolos para los experimentos más expuestos a riesgo (clase III y IV). El Informe Williams prevé la autodisciplina

[215]

de los investigadores mediante la elaboración de un «código de comporta-miento«. Reserva al Gobierno el control con la inspección de los laboratorios y, de acuerdo con los científicos, se prevé un sistema apropiado de vigilancia.

4. El Informe de la Comisión de Investigación del Parlamento de Alemania Federal sobre perspectivas y riesgos de la ingeniería genética (1987), analiza amplia y exhaustivamente los ámbitos y aplicaciones de la ingeniería genética[223].

A tenor de estas primeras normativas, se han emanado las de otros países como Australia, Canadá, Francia, Holanda y la ex Unión Soviética. Particular importancia reviste, incluso por sus medidas restrictivas, la «Ley para la reglamentación de la ingeniería genética» de Alemania Federal, del 20 de junio de 1990 (Gesetz zur regelung vom fragen der Genetechnik)[224].

---

[222] Report of the Working Party on the practice of genetic Manipulation (the Williams Report), HMSO, Londres 1976.

[223] DEUTSCHER BUNDESTAG, Report of the Commission of Enquiry on prospects and risks of genette engineering, 1987, January, pp. 151b-152b.

[224] Tomada de: SENATO DELLA REPUBBUCA ITALIANA, Servizio Studi, Ufficio Ricerche nel settore sociale (coord. por F. Luzzi), L'ingegneria genetica nella Germania Federale (Raccomandazione del Budestag, Legge, Regolamenti), enero, 1992.

5. También en Italia se han establecido dos Comisiones ministeriales: una en1977, en el Instituto Superior de la Salud, que examinaba los problemas vinculados con las investigaciones mediante manipulaciones genéticas in vitro y que en su informe de conclusiones hizo algunas «Propuestas para una normativa nacional»; la otra, instituida por el Ministerio de Sanidad[225], de la cual formó parte también quien esto escribe, y que en febrero de 1987 concluyó su labor, ocupándose de los problemas de orden ético, científico y asistencia! relativos a la ingeniería genética. El Comité Nacional para la Bioética italiano (CNB) ha publicado hasta ahora tres documentos importantes sobre la materia: el Documento sobre la seguridad de las biotecnologías (28 de mayo de 1991), Terapia gènica, (15 de febrero de 1991), y Diagnósticos prenatales (18 de julio de 1992)[226].

6. Particular importancia tiene la Recomendación 934 (1982) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa[227].

---

[216]

Esta Recomendación, juntamente con las Instituciones complementarias de la Asamblea de las Comunidades Europeas, representa un texto de confrontación básico para la elaboración de las normas directivas; por esta razón más adelante analizaremos cada uno de los diversos puntos, cuando tratemos los problemas en particular. Pero ya desde ahora parece oportuno poner de relieve algunos lineamientos generales del documento que tienen relevancia también en el plano ético:

– El documento reconoce que las técnicas de ingeniería genética pueden aportar una gran ayuda en el campo industrial y agrícola, y contribuir incluso a resolver graves problemas terapéuticos.

– La Recomendación prevé que se reconozca solemnemente, adjuntándolo incluso explícitamente a la Convención Europea de los Derechos Humanos, el derecho a la intangibilidad del patrimonio genético de la persona particular —droit á un patrlmoine génétique n'ayant subi aucu-ne manipulation— (art. 4, incisos i y ií, y art. 7, inciso b).

– Se reconoce igualmente la legitimidad del tratamiento terapéutico teniéndolo por válido y compatible con el respeto de los

---

[225] MINISTERO DELLA SANITÀ, Relazione della Commissione di Studio per l'Ingegneria genetica, en SENATO DELLA REPUBBUCA ITALIANA, Servizio Studi, Ufficio Ricerche nel Settore Sociale (coord. por F. Luzi), Documenti conoscitivi sulla riproduzione umana assistita, embriologia ed ingegneria genetica, Roma 1990, pp. 187-325.

[226] Los documentos del Comité Nacional para la Bioética italiano los ha editado la Presidencia del Consejo de Ministros, Dipartimento per l'informazione e l'Editoria, Roma, Via dei Villini, 15.

[227] ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA, Raccomandazione nº 934 sull'ingegneria genetica (1982), en CENTRO STUDI DEL MINISTERO DELLA SANITÀ, Le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa sull'ingegneria genetica e la ricerca scientifica relativamente agli embrioni e ai feti umani, «Isis», 20.2.1989, Suppl. al nº 8.

derechos humanos para la curación de enfermedades genéticas y con las condiciones de licitud requeridas en las demás intervenciones terapéuticas (art. 4, inciso iii, y art. 7, inciso b y c).

— Estos derechos se fundan en los artículos 2 y 3 de la Convención Europea de los Derechos Humanos que hablan del derecho a la vida y a la integridad física de las personas (art. 4, inciso i). Por tanto, resulta obvio concluir que el derecho a la vida se entiende y se extiende al momento de la fecundación, porque desde ese momento tiene inicio la vida y, por consiguiente, también la posibilidad de la manipulación genética.

Parece, por consiguiente, que estas afirmaciones reconocen implícita y realmente el derecho y el deber de la protección de la vida embrionaria.

Este hecho, por lo demás, está claro en el plano ético: sería absurdo hablar de defensa del patrimonio genético, sin reconocer el derecho a la defensa del sujeto portador de ese patrimonio y desde el momento en que ese patrimonio se constituye en sentido individual.

— La libertad de la ciencia y de la investigación científica, definida como «valor fundamental de nuestras sociedades» y como «condición de su adaptabilidad a las transformaciones» impuestas por el desarrollo mundial, debe compaginarse con la responsabilidad y el deber para con la salud

---

[217]

y la seguridad de los trabajadores, del público en general y respecto de la no contaminación del marco de la vida (art. 3, inciso iii).

— La Recomendación pide una evaluación de los riesgos reales y una reglamentación en la experimentación sobre el DNA in vitro, tanto en lo referente a la seguridad de los laboratorios, cuanto por el género de microorganismos que pueden ser tratados durante el experimento; y, además, que ese riesgo sea evaluado periódicamente (art. 6, inciso a y b). En esta Recomendación se inspira la constitución, en el seno del Consejo de Europa, del «Comité ad hoo« (antes denominado Comité ad hoc de Expertos sobre los problemas éticos y jurídicos de la genética humana —CAHGE, por sus siglas en francés— y ahora, Comité ad hoc de Expertos sobre el progreso de las ciencias biomédicas, CAHBI) para el estudio de los problemas ético-jurídicos vinculados con los avances de las ciencias biomédicas. Este Comité sigue activo todavía por mandato del Comité de Ministros del Consejo de Europa y se dedica a proponer sus resultados a los Órganos políticos del Consejo para la adopción de sucesivas y eventuales Recomendaciones.

7. Recordemos, finalmente, la Recomendación de la CEE n. 472de 1982que dictó normas de seguridad para los laboratorios y propuso que en la Convención Europea se incluyera el llamado «derecho a la diferencia», esto es, la prohibición de aplicar la ingeniería genética de alteración a los individuos humanos.

El 16 de marzo de 1989, el Parlamento Europeo publicó una Resolución sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética (doc. A2/ 327/88) con lineamientos que se pueden compartir ampliamente[228].

También las autoridades comunitarias europeas han emanado directrices que conciernen a la ingeniería de microorganismos, y que son:

– la Directriz del Consejo de la CEE n. 90/219 sobre el empleo restringido de microorganismos genéticamente modificados, del 23 de abril de 1990; y

– la Directriz del Consejo de la CEE n. 90/220 sobre la emisión deliberada de organismos genéticamente modificados (OGM), del 23 de abril de 1990[229]. Cuando sea pertinente, citaremos otros documentos referentes a algunos problemas particulares, incluso de procedencia eclesiástica.

Aquí no vamos a repetir las informaciones básicas referentes a la biología y la genética, la descripción de las células, las nociones relativas a los cromosomas,

---

[218]

a los genes a la cadena del DNA (a las que aludimos en el capítulo dedicado a la vida y a su origen), pues repetiríamos cosas conocidas y más adecuadamente descritas en los manuales de biología, embriología y genética humana. Por eso sólo nos limitaremos a citar lo que es estrictamente necesario para la comprensión de ios términos éticos del problema.

Algunas etapas importantes en el camino de la ingeniería genética[230]

En 1956 se alcanzó una primera etapa, la más importante en el campo genético desde los descubrimientos de Mendel (efectuados entre 1856 y 1865), es decir, el redescubrimiento de los cromosomas humanos como estructuras fundamentales y portadoras del material genético.

---

[228] Publicada en «Medicina e Morale», 1989, 3, pp. 579-586.

[229] Las dos directrices se publicaron en la revista «Medicina e Morale»: la primera en el fascículo 1990 5, pp. 1019-1034, y la segunda en el mismo número en las páginas 1034-1051.

[230] Para mayores detalles históricos y científico-técnicos, véase SERRA A., A cento anni dalla morte del fondatore della genetica. Nuove conquiste, nuove responsabilità, en SERRA A., NERI A. (coord.), Nuova genetica, uomo e società, Milán 1986, pp. 13-17; ID., La «nuova genetica». Attualità, prospettive, problemi, en AA.VV., Medicina e genetica verso il futuro, LAquila 1986, p. 5-23; BROVEDANI E., L'ingegneria genetica. Aspetti scientifico-tecnici, «Aggiornamenti Sociali», 1986, 7-8, pp. 517-534; MILANI COMPARETTI, Introduzione alla nuova genetica, en SGRECCIA, MELE (coord), Ingegneria genetica e biotecnologie..., pp. 3-23; VOGEL F., MOTULSKY A.G., Human genetics - Problems and approaches, Berlín 1986; WATSON J.D. (y otros), Biologia molecolare del gene, 2 vols., Bolonia 1989.

Mendel los había llamado elementa y Morgan, en 1910, había estudiado su composición química.

En 1965 se lleva a cabo la primera fusión celular, es decir, la fusión entre células humanas y de ratón al hacer pasar genes («asignación») a los cromosomas humanos. Fue precisamente entonces cuando Hotchkin introdujo por primera vez el término de ingeniería genética (genetic engineering) con el significado que indicábamos al principio.

En 1967 comienzan a utilizarse las técnicas de diagnóstico prenatal en el campo genético: éstas, como se sabe, permiten localizar precozmente las condiciones genéticas del feto, poniendo de relieve su ordenamiento cromosomico o mediante exámenes bioquímicos.

En 1969 se anuncia" el descubrimiento de la endonucleasa de restricción, una enzima idónea para fungir como «bisturí» para la división del DNA en puntos determinados, formados por breves secuencias específicas de bases. A partir de entonces se individualizan y aislan más de 400 diversas enzimas de restricción, al grado de poder reconocer una gran variedad de secuencias.

En 1970 se anuncia la síntesis del primer gen artificial.

El DNA recombinante se logra por primera vez en 1971: una porción de DNA puede ser asociada con una bacteria que hace de vector (por ejemplo, la Escherichia coli) y esa porción puede ser transferida y combinada con el patrimonio genético de una célula huésped, con la posibilidad de recombinarse y multiplicarse en una nueva estructura genética.

---

[219]

En 1978 nace Louise Brown, la primera bebé concebida en probeta. Y en 1981 se logra el nacimiento de los primeros ratones por clonación.

Por este término se entiende el procedimiento mediante el cual se puede obtener un conjunto (clon) de descendientes a partir de un sólo organismo, de manera que sean todos genéticamente idénticos a éste.

La clonación puede obtenerse al menos de dos maneras distintas: por la transferencia de núcleo y por la fisión gemelar. La transferencia de núcleo se puede realizar, y de hecho se ha realizado en algunos anfibios, de la siguiente forma: se priva de su núcleo al óvulo fecundado antes de que haya dado origen a un cigoto, y aquél es sustituido luego por un núcleo somático extraído del adulto de la misma especie (por ejemplo, de la piel o del intestino). Al colocar este núcleo en el ambiente del citoplasma de la ovocélula, estimulada por la fecundación, se volvería totipotencial, perdiendo las inhibiciones que sufriera en el curso de su diferenciación. De este modo se logra generar un individuo que es la «copia al carbón» de aquel del que se obtuvo el citado núcleo somático. Lombardi Vallauri imagina la hipótesis, muy de ciencia ficción, de que cualquier cuerpo de un difunto particularmente dotado (por ejemplo, un

premio Nobel o una diva de la ópera) podría ser, mediante hibridaciones, un banco de núcleos prácticamente inagotable, con la posibilidad de

«fecundar a todas las mujeres del mundo durante décadas. [...] Un régimen totalitario podría producir miles de obreros genéticamente idénticos al más perfecto estajanovista, miles de soldados idénticos al más heroico o feroz o conformista (...] Dos lesbianas podrían fecundarse mutuamente, teniendo cada una como hija la calca idéntica de la otra»[231].

Por este mismo camino y mediante la Fecundación In Vitro por Transferencia Embrionaria (FIVET, por sus siglas en inglés), se podría, en efecto, lograr que una mujer se autofecundara con su mismo núcleo somático: los 46 cromosomas de la célula somática representarían un patrimonio genético completo. En realidad, no consta que la transferencia de núcleo se haya realizado alguna vez con éxito en células humanas y algunos biólogos sostienen que ello sería imposible a causa del imprinting que experimentan las células somáticas; pero no se puede excluir absolutamente esta hipótesis en las próximas décadas. De todos modos, valoraremos los aspectos éticos del problema en el capítulo dedicado a las tecnologías de reproducción humana, donde aludiremos también a la técnica de la fisión gemelar y a la hibridación.

Hay que hacer notar la rapidez de las etapas evolutivas de una ciencia que traspasa continuamente nuevas fronteras y que permite una creciente posibilidad técnica de intervención del hombre sobre la vida. Hibridación, transferencia, clonación,

---

[220]

selección, son términos que evocan posibilidades de intervención en el campo genético en buena medida ya realizadas en el campo vegetal y animal, e imagibles también'para el hombre[232].

Como se ve, no todos los resultados obtenidos deben ser automáticamente considerados como eventos siniestros, pues también abren posibilidades de intervención positiva.

Ante todo, se han logrado grandes y significativos avances en el conocimiento de la información genética contenida en cada uno de los cromosomas; en especial ahora se conocen mejor los mecanismos productores de las inmunoglobulinas y las estructuras de los cromosomas X e Y.

---

[231] Véase LOMBARDI VALLAURI L., Bioética, potere, diritto, «Iustitia», 1984, pp. 1-43.

[232] Para una información elemental, necesaria para quienes no tienen estudios de biología y medicina, véase QROTTO C, PRIVITERA S., La sfida dell'ingegneria genética ira scienza e morale, Asís 1985. Para el tema que abordamos en este capítulo, véase también SANSONE G., Recenti progressi in genética **medica,** «Medicina e Morale», 1982, 1, pp. 14-24; DE FLORA A., Strategie per la correzione di malattie genetiche, ifai., pp. 25-35; JONAS H., Technique, morale et génie génétique, «Communio», 1984, IX, 6, pp. 46-65; Ruiz DE LA PEÑA, Anthropologie...; CASPAR P., Les fondements de l'indiuidualité biologique, «Communio» (París), nov.-diciembre de 1984, IX, 6, pp. 80-90; SERRA A., Interrogativa etici dell'ingegneria genética, «Medicina e Morale», 1984, 3, pp. 306-321.

También se han hecho aplicaciones tecnológicas e industriales para la producción de moléculas polipéptidas de gran importancia: la insulina humana, el interferón, la somatostatina, la somatotropina, las vacunas antigripales, la antihepatitis A y B, y muchas otras.

Otra aplicación reciente la ofrece el poder localizar genes patógenos en los sujetos sanos mediante sondeos de DNA (probes) o mediante el estudio del llamado polimorfismo dimensional.

Una perspectiva que tienen, por esto, ante sí los investigadores, está representada por la geneterapia. Uno de estos científicos escribe:

«Es posible aislar los genes normales, insertarlos en las células de los mamíferos en cualquier estadio, incluso el huevo fecundado, y lograr que el gen funcione de modo casual y a bajos niveles. Sin embargo, aún no es posible garantizar que — los "genes terapéuticos" injertados recientemente funcionen en el animal bajo un control normal en cuanto al tiempo, el espacio y la calidad»[233]. Pero las posibilidades que abre en el campo genético la terapia de los genes no pueden hacer que pasemos por alto las implicaciones éticas en todos los demás campos de aplicación, incluidas las que se derivan del paso a través de la fecundación in vitro.

Antes de abordar más de cerca ios problemas éticos, repasemos el panorama de las tecnologías de que se sirve La «ingeniería genética», agrupadas según el objetivo al que van dirigidas:[234]

[221]

– identificación de los genes patógenos, en especial el conocimiento, antes aún de que se manifieste, de la enfermedad, con la posibilidad teórica de poder prevenir su desarrollo y/o transmisión a la descendencia.

– Producción de moléculas útiles para el hombre, haciéndolas disponibles a gran escala (insulina, gonadotropina coriónica humana, hormonas del crecimiento, vacunas, etcétera).

– Producción de vegetales y animales, con características particulares obtenidas mediante la inserción de determinados genes en las células somáticas o germinales o en los óvulos fertilizados. Se han proyectado así planes experimentales de mejoramiento de los animales de cría (más producción de leche, carnes de mejor calidad, etcétera) o de algunas plantas (adaptabilidad en terrenos poco fértiles, etcétera).

– «Mapeo». Trata de localizar en los cromosomas los genes cuyos productos o efectos ya se conocen. Las estrategias utilizadas van desde la hibridación celular hasta el uso de «sondeos» específicos capaces de revelar la posición de los fragmentos de DNA correspondientes a un gen determinado.

---

[233] WILUAMSON B., Gene therapy, «Nature», 1982, n. 298, pp. 416-418.

[234] SERRA A., Conquiste, prospettive e problemi della «ingegneria genética», en AA.VV., Eíica e trasformazioni tecnologiche, Milán 1987, pp. 150-173.

– Aislamiento. Objetivo que se ha podido alcanzar mediante la utilización de una serie de «bisturíes» biológicos, las llamadas enzimas de restricción capaces de «cortan> la cadena de! DNA en puntos muy determinados, aislando así los genes incluidos en la secuencia de bases entre los dos cortes.

– Clonación. Se trata de una especie de multiplicación biológica de genes aislados para poder disponer de una gran cantidad de ellos a fin de estudiarlos o utilizarlos con fines diversos. La clonación es posible «introduciendo» el gen conocido en el patrimonio genético de los llamados vectores (plas-modios, bacteriófagos, virus) mediante la técnica del DNA recombinante. Cuando los vectores se multiplican, se multiplican también los genes introducidos en su genoma.

– Secuenciación. Sirve para establecer la estructura molecular de los genes definiendo exactamente la sucesión ordenada de las bases de que están compuestos, teniendo así la posibilidad de comprender mejor sus mecanismos de actividad y de alteración.

– Transferencia. Es el objetivo más interesante, que busca estudiar el comportamiento de los genes una vez introducidos en las células y tejidos, diferentes de aquellos en los que normalmente actúan.

Algunas conquistas subsiguientes al logro de los objetivos que acabamos de exponer, serían:

— El conocimiento de la estructura y de ¡a naturaleza misma de los genes: conocer su localización en los cromosomas, las proteínas codificadas, las enfermedades

---

[222]

determinadas, ha sido una gran victoria cargada de implicaciones en el campo de la biología y de la medicina. Desde hace un tiempo, finalmente, la introducción del método denominado Polymerase Chain Reaction (PCR)[235], ha acelerado ulteriormente la obtención de los objetivos arriba mencionados.

Niveles y finalidades de la intervención

Para poder ofrecer indicaciones éticas debemos referirnos a los diversos niveles de intervención en los genes y a las diferentes finalidades por las que esas intervenciones se realizan.

Niveles de intervención

Lo primero que tenemos que hacer es tenerlos presentes y diferenciarlos. La intervención dirigida a procurar una modificación en el patrimonio genético puede ser concebida: a) a nivel de las células somáticas; b) a nivel de las células germinales, y c) a nivel de los

[235] Véanse a este respecto las siguientes reseñas: ERUCH H.A., ARNHHM N., Genetic analysis using the polymerase chain reaction, «Annu. Rev. Genet.», 1992, 26, pp. 479-506; ARNHEÍM N., ERUCH A., Polymerase chain reaction strategy, «Annu. Rev. Biochem. », 1992, 61, pp. 131-156.

embriones mismos durante las primeras fases de desarrollo. La importancia ética de la intervención cambia, por consiguiente, para cada uno de estos niveles.

En las células somáticas puede pensarse, por ejemplo, en una intervención para modificar cualquiera de sus alteraciones o defectos. Supongamos que se lograran corregir los defectos genéticos de la anemia mediterránea en las células hematopoyéticas, de manera que se produjeran células normales las cuales, al multiplicarse, sustituyeran a las defectuosas; esto sería un éxito de gran importancia, y la posible dispersión de células vivas no constituiría daño alguno para el individuo ni por tanto originaria problemas éticos[236].

El procedimiento hay que situarlo en el ámbito de la finalidad terapéutica, como luego veremos.

Queda excluida de hecho la intervención para modificar la linea de las células germinales por la imposibilidad, al menos en el momento actual, de guiar la inserción del gen correcto. Dada la ineficacia actual de la geneterapia sobre las células de la línea germinal, algunos documentos proponen la necesidad de experimentar en las células germinales y, por tanto, en los embriones provenientes de las células manipuladas con el fin de optimizar la técnica. La experimentación

---

[223]

no terapéutica en el embrión humano sigue siendo gravemente ilícita en la perspectiva de la bioética personalista, aun prescindiendo de la finalidad buscada (alteración del patrimonio genético fisiológico o incluso el mejoramiento de las posibilidades futuras de la ciencia)[237].

Finalmente, la hipótesis de la intervención en el embrión humano reviste un carácter cada vez más delicado por ser alto el riesgo que se corre de comprometer la vida del embrión, o su futuro biológico en sentido genético. Y semejante procedimiento plantea mayores problemas éticos, cuanto más se programa preventivamente con un fin experimental. Este tema ha sido ya examinado en algunos discursos importantes del Santo Padre Juan Pablo n, como el Discurso a la Asociación Médica Mundial del 29 de octubre de 1983[238], la Alocución a los

---

[236]La primera autorización para practicar una terapia génica la dio en Estados Unidos el 4 de septiembre de 1990 la Food and Drugs Administration (FDA) para intentar un trasplante de células con el gen correcto por deficiencia de adenosindeaminasa (ADA) en una niña de cuatro años. Otra autorización dio también en Estados Unidos la FDA para el trasplante de gen para el Tumor Necrosis Factor (TNF). En Italia el trasplante gènico por deficiencia de ADA se llevó a cabo por primera vez en 1992 a cargo del Istituto Scientifico - Ospedale «S. Raffaele» de Milán.

[237] MELE V., La geneterapia ed il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, «Vita e Pensiero», 1991,5. pp. 362-367.

[238] JUAN PABLO II, Discorso all'Associazione Medica Mondiale (29.10.1983) en Insegnamenti di Giovanni Paolo lì, Libreria Editrice Vaticana, 1983, 6 (2), pp. 917-923.

participantes en la Reunión sobre ¡a Experimentación en Biología, convocada por la Pontificia Academia de las Ciencias el 23 de octubre de 1982, y el Discurso dirigido a los participantes en la I Reunión Médica Internacional del Movimiento por la Vida sobre el tema: Diagnóstico prenatal y tratamiento quirúrgico de ¡as malformaciones congénitas[239]. Pero donde sobre todo se contienen indicaciones éticas acerca de la experimentación y de todas las intervenciones de manipulación de los embriones, es en la Instrucción sobre El respeto de ¡a vida humana naciente y ¡a dignidad de la procreación de la Congregación para la Doctrina de la Fe, del 22 de febrero de 1987[240].

Esta eventualidad, por lo demás, se aclarará todavía más cuando tratemos de la fertilización in vitro, el método de que se sirve principalmente la experimentación en embriones humanos.

Finalidades

Como se puede comprender fácilmente, las finalidades de la utilización de las conquistas genéticas influyen de manera determinante' en la moralidad de muchas intervenciones.

---

[224]

Podemos clasificar las finalidades de la intervención en el campo genético de la siguiente manera:

- finalidades de diagnóstico;
- finalidades terapéuticas;
- finalidades productivas;
- finalidades para alterar;
- finalidades experimentales (destructivas).

La utilización de la ingeniería genética con finalidades de diagnóstico es múltiple y en estos últimos años ha aumentado la gama de nuevas aplicaciones.

Aparte del diagnóstico genético prenatal, de! cual nos ocuparemos después más ampliamente, se están desarrollando las aplicaciones en el adulto con objeto de verificar enfermedades de origen presuntamente genético; en la fase prematrimonial y preconceptiua, para evaluar el riesgo presente en los potenciales portadores sanos de procrear una prole enferma; en el ámbito civil, para la verificación de la paternidad; en el ámbito penal, para identificar al reo de algún delito; y, además, en el ámbito de los rastreos {screening). Éstos últimos, en efecto, no se refieren sólo a las mujeres embarazadas entre una determinada población con riesgo, sino también a los adultos, por ejemplo en el

---

[239] ID., Discorso ai partecipanti al I Convegno Medico Internazionale del Movimento per la vita su: «Diagnosi prenatale e trattamento chirugico delle malformazioni congenite» (3.12.1982), ibid... 3, 1982, pp. 889-898 y 1509-1513.

[240] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación (22.2.1987), parte I: Eí respeto de los embriones humanos.

ámbito de la medicina del trabajo, como pruebas de aptitud generalizadas para un cierto ambiente laboral.

De estos métodos y estas aplicaciones diagnósticas habremos de ocuparnos dentro de poco desde el punto de vista ético. En especial habremos de hacer una referencia particular al proyecto de secuenciación de todo el genoma humano.

Las finalidades terapéuticas en el campo genético, cuando sea posible buscarlas, hay que referirlas al sujeto sobre el que se interviene, sin tener que prever el sacrificio de alguien para beneficiar a algún otro.

Como hemos dicho hablando de los niveles de intervención, la terapia genética puede ser proyectada refiriéndose a células somáticas (sistema linfático, células sanguíneas, células de la médula ósea) o bien a células de la línea germinal o, finalmente, al embrión precoz.

Como pronto veremos, el juicio ético puede cambiar grandemente.

La finalidad productiva de la ingeniería genética es evidente ya sobre todo en el campo farmacológico, para la producción de hormonas como la insulina humana, el interferon, las vacunas bacteriales, virales y parasitarias, el factor VIH para la hemofilia de tipo A, entre otros ulteriores desarrollos ya en curso. La técnica prevista es la del DNA recombinante. Por ejemplo, para sintetizar en laboratorio la insulina humana se obtiene en el hombre un rasgo de DNA de las células beta de las islas pancreáticas, cortando el DNA en puntos precisos con la enzima de restricción (endonucleasa de restricción), de manera que las bases en los extremos

---

[225]

de ese fragmento de ácido desoxirribonucleico puedan unirse en el orden preciso con las bases del DNA de la célula receptora.

En el caso de la insulina, esta célula receptora está representada por el plasmo-dio de la Escherichia Coli. El DNA de la E. Coli se abre con el mismo «bisturí enzimático» constituido por la endonucieasa de restricción en el punto preciso, de manera que las bases puedan reconstruir la sucesión completa con el rasgo que es implantado. Cuando la Escherichia Coli se multiplica en un caldo de cultivo produce insulina humana, la cual es purificada y comercializada posteriormente.

Como se puede comprender, el problema es sobre todo técnico, pero presenta también aspectos éticos tanto al calcular el efecto del producto (en este caso parecen ser todavía positivos), cuanto por las bacterias empleadas, que en este caso no son peligrosas, pero que podrían serlo en el caso de otras bacterias o virus.

Han de adscribirse a este ámbito de la producción también muchas biotecnologías que se utilizan en el ámbito agrícola y alimentario, en el que el empleo de vacunas, bacterias y virus se lleva a cabo para mejorar los productos agroalimentarios o para proteger las producciones vegetales. También en este campo se entrevén algunos problemas éticos

que habremos de examinar sobre todo en relación con la protección del ambiente.

La perspectiva de alteración (donde «alteración» significa una modificación no terapéutica sino de elección y selectiva) puede imaginarse en el campo humano o bien en el animal y vegetal, para crear especies modificadas o clases de individuos sometidos a ingeniería genética. En la primera hipótesis, la del hombre, todos consideran que debe excluirse, por encima de las reales posibilidades técnicas, como veremos. La segunda hipótesis en realidad se está practicando y plantea el problema de la posible influencia de las biotecnologías en el ecosistema o ecosistemas.

En este ámbito se discute, además, sobre una forma atenuada de alteración que sería el mejoramiento de la especie. Algunos no excluyen a la ingeniería genética para el mejoramiento en líneas generales ni siquiera en el hombre[241].

Es importante que nos detengamos a reflexionar sobre el criterio básico adoptado en el campo bioético, que sirve para afirmar como lícitos ciertos procedimientos, por ejemplo la geneterapia, y para declarar ilícitos otros procedimientos, como la manipulación genética con fines eugenésicos y racistas. ¿Quién debe establecer la frontera entre lo lícito y lo ilícito? El científico que se mueve en el plano de las posibilidades técnicas y fundamentadas científicamente plantea el problema, pero no puede solicitar a la biología molecular que le marque el criterio de demarcación entre lo lícito y lo ilícito..., a no ser que se declare por eso mismo lícito todo

---

[226]

lo que es posible científica y técnicamente. Esto vale igualmente para cuantos consideran que el hombre es enteramente dueño de sí mismo y de su destino (en este sentido solamente el científico sería el único dueño afortunado) y, como en el origen de la vida la casualidad habría hecho posible —tal como afirman algunos, según decíamos— ciertas combinaciones, por las que los de la especie humana somos lo que somos, de igual manera hoy determinadas posibilidades permiten nuevos logros para la especie y nuevas mutaciones en su destino biológico. En este caso no habría moral, a menos que por moral no se entienda la eficientista, para la cual es moral todo lo que se realiza. El historicismo filosófico sería así trasplantado a la biología[242]. Desde este punto de vista, la bomba de Hiroshima sería tan moral como la invención de la vacuna Sabin.

Algunos otros podrían pensar que es a la ley positiva del Estado o a la internacional a la que compete poner límites aceptables para la

---

241 CUYAS M, Problemática etica della manipolazione genética, «Rassegna di Teología», 1987, 5, pp. 471-497.

242 Esta es la posición defendida por quienes siguen de manera radical el pensamiento que Monod expone en su obra El azar y la necesidad.

mayoría de la humanidad en un determinado momento histórico: por ejemplo, podría decirse que hoy está permitida la investigación con una finalidad de geneterapia, pero no con una finalidad eugenésica-racista en busca del neanthropos u «hombre nuevo».

En el futuro, cuando las cosas se hayan aquilatado y se hayan calculado adecuadamente los riesgos y los beneficios de un determinado procedimiento, la comunidad podrá establecer otros estatutos. Posición semejante se advierte en el ámbito de muchos Comités científicos o científico-jurídicos, como por ejemplo en el Warnock Committee del que ya hemos hablado.

Se trata de una posición empírica y pragmática que busca adaptar las normas vigentes a las nuevas situaciones[243]. Hay que añadir que en esta corriente de pensamiento el empirismo se hace sentir incluso al justificar cualquier método que pueda llevar a un resultado. No se quiere aceptar, por ejemplo, el criterio del respeto al embrión, si se considera necesaria su destrucción para alcanzar el objetivo de hacer avanzar la investigación científica en campos calificados y llenos de expectativas para el bien de la humanidad.

Es fácil advertir que, de hecho, los Comités internacionales y nacionales a los que les compete el tema se ven afectados por este enfoque positivista, por lo menos en el campo jurídico y pragmático en sentido filosófico; y no resulta difícil prever que los límites impuestos a la investigación científica se basan en realidad más en el criterio de la mayoría-minoría que en criterios objetivos y universalmente válidos. Incluso el apelar a los «derechos humanos» a veces resulta difícil de ser compartido por todos, como constitutivo de un criterio homólogamente entendido por todos. Hay que decir, no obstante, que incluso desde esta perspectiva positivista

---

[227]

y empírica se soslaya el problema, pero en modo alguno queda resuelto: ¿en qué bases podrá sustentarse la opinión del legislador, y de la mayoría o minoría de los Comités?

Si, como parece, en este momento histórico el criterio es la utilidad esperada, hay que decir que el utilitarismo no es una buena moral, especialmente cuando se aplica a sujetos que no pueden decidir (los embriones) o a costa de la humanidad futura que habrá de padecer las decisiones ajenas.

En una palabra, hay que encontrar un criterio objetivo de referencia incluso para la ley, además de para la moral[244].

[243] Véase el capítulo segundo, sobre los modelos éticos de referencia.

[244] Cuestionamientos que hace toda la reflexión jurídica personalista y también los moralistas. Véase LOMBARDI VALLAURI, Manipolazioni genetiche...; CIROTTTO-PRIVITERA, La sfida delí'ingegneria genética...; AA. VV., Manipolazioni genetiche e diritto, Roma 1986.

La referencia a la teología no sería decisiva según algunos, porque las fuentes de la Revelación no ofrecen indicaciones detalladas sobre la materia, sino que sólo arrojan luz sobre el valor sagrado de la vida humana en general. Además, esta indicación teológica valdría para los creyentes únicamente[245]. Por esta razón, aun considerando plenamente legítima y válida desde el punto de vista normativo y teológico la intervención del Magisterio de la Iglesia en este ámbito del saber —en el que está en juego el futuro del hombre[246]—, la reflexión racional es no sólo

[228]

legítima sino obligada. Basándose en las verdades reveladas de carácter general («el hombre, imagen de Dios», «el valor de la vida», etcétera), algunos teólogos afirman que de los datos teológicos puede deducirse que el hombre, precisamente por ser imagen de Dios, puede no sólo

---

[245] RAHNER K., // problema della manipolazione genética, en Nuovi saggi, uol. m, Roma 1969, p. 341; DUMAS A., Fondements bibliques d'une bioéthique, «Le supplément», 1982, 142, p. 343. Citan su pensamiento CIROTTO, PRMTERA, La sfida delí'ingegneria genética..., pp. 146-183.

[246] La reciente Instrucción, que se ocupa principalmente de la procreración asistida, y sólo en algunos pasajes de la ingeniería genética, representa la conclusión de toda una línea del Magisterio que se ha venido desarrollando, además decon los discursos de Juan Pablo II citados en este capítulo, con documentos episcopales en relación con el tema de la FIVET. Véase en especial el documento del Comité Conjunto del Episcopado católico de la Gran Bretaña-titulado Fertilización in uitro: moralidad y política social del 2 de marzo de 1983, documento dirigido al Comité Warnock antes de que fuera publicado el Informe Warnock (trad. ital. en «Medicina e Morale», 1983, 3, pp. 442ss.). Un documento posterior fue dirigido como respuesta crítica a Informe mismo con el título Comentario al Informe Warnock de fecha 27 de julio de 1984 (véase trad. ital. en «Medicina e Morale», 1985, 1, p. 138-180). Tenemos, además, el documento de la Conferencia Episcopal de Ontario titulado Directrices sobre la uída familiar, Toronto 1983 (citado por L. Leuzzi en // coníributo del Magistero in tema di fecondazione artificíale umana, «Medicina e Morale», 1985, 1, p. 58). Citemos además la carta de la Conferencia Episcopal del Estado de Victoria (Australia) dirigida al Secretariado del JFV Department de Melbume (véase trad. ital. en el «Osservatore Romano» del 19.5.1984) y finalmente el documento del Episcopado francés titulado Vida y muerte por mandato en noviembre de 1984 (citado en «Medicina e Morale», 1985, 1, pp. 125-134). Acerca del valor de estos documentos del Magisterio no estamos de acuerdo con lo que afirma Privitera en la obra citada: La sfida delí'ingegneria genética..., citando a su vez a J. Fuchs, según el cual, tratándose de problemas en que entran datos científicos, médicos, biológicos, «los juicios que formula sobre esta materia no tienen el mismo valor que el que se atribuye a la verdad por él proclamada sino que pueden ser verdaderos, pero pueden ser también falsos» y valen «no por la autoridad que implican, sino por los argumentos que sugieren» (pp. 167-168). Me parece que se debe tener presente que si tales documentos pretenden ser normativos —y el autor considera que lo son— tienen el tenor de verdad autorizadamente enseñada en virtud de su carisma, en la medida en que no se pronuncian sobre los datos científicos, sino sobre las normas éticas y sobre los valores morales, campo en el que el Magisterio es plenamente competente. Habrá que recordar más bien que los pronunciamientos del Magisterio no dispensan al moralista de explicitar sus razones y de ilustrarlas.

dominar las realidades cósmicas para su propio bien sino también su propia realidad física, igualmente para su propio bien[247]. Naturalmente, sigue en pie la cuestión de saber dónde reside propiamente el bien del hombre en el caso concreto de una intervención de manipulación genética o de ingeniería genética.

En cambio, estamos de acuerdo con Privitera cuando afirma que no basta con referirse exclusivamente a la deontología médica[248] —entendiéndose por este término los códigos de deontología médica—, bien porque éstos no abordan claramente el tema, o porque una norma jurídica no puede sustituir, sino suponer en todo caso, la justificación ética. Por tanto, el criterio debe encontrarse dentro de la ética, en este caso de la bioética.

De todos modos, nos queda la sensación de la indeterminación y, por esto mismo, de la insuficiencia de ¡o que el mismo autor afirma a propósito de la ética teleológica[249]. Según dicho autor, la teleología considera la realización de los valores como criterio de eticidad; pero será precisamente la realización de un determinado valor la que dicte la obligatoriedad de ciertas opciones concretas y el obligado rechazo de opciones contrarias. Si quiero alcanzar la cima de una montaña, deberé elegir concretamente una ruta determinada y dar los pasos para llegar a ella. En otras palabras, la teleología deberá apelar a una antropología, y la opción existencial humana deberá suponer una definición esencial de lo que es humano y de lo que no lo es, tanto en el conjunto de la realización del proyecto como en cada una de las acciones que pretenden hacerlo realidad. De otro modo, ¿quién podrá establecer si un determinado resultado —la teleología busca resultados accesibles— es un valor verdadero o construido, o tiene una finalidad meramente utilitaria?

Los valores, por lo demás, deberán suponer una verdad racional y objetiva y es precisamente ésta la que se requiere explicitar en estos ámbitos. ¿Quién nos dice que es un valor construir una humanidad genéticamente más gigantesca desde el punto de vista físico, o más «domesticada» desde el punto de vista psíquico? ¿Quién nos dice que es un valor obtener un embrión por clonación —y, por tanto, incluso de forma asexual—, semejante en todo al organismo donador del patrimonio genético? Esto no se lo podemos pedir al científico ni al jurista ni al deontólogo, pero tampoco al teleólogo, a menos que éste nos dé razones objetivas y válidas,

---

[229]

lo que quiere decir que la teleología requiere de una profundización ulterior en la antropología racional.

---

[247] SPINSANTI S., Vita /fsica, en AA. VV., Corso di morale, n. Diakonia (Etica della persona), pp. 127-267, especialmente p. 223.
[248] CIROTTO, PRIVITERA, La sfida delí'ingegneria genética..., p. 155.
[249] Ibi, pp. 172-203.

Consideramos igualmente insuficiente la indicación que juristas y filósofos del derecho proponen sobre el criterio-base de la salvaguardia de la vida del embrión, por la que hay que considerar lícito todo cuanto no pone en grave riesgo la vida del embrión. Ciertamente, si se le mantiene en toda su consistencia, este punto es ya esencial y fundamental, y debemos decir que todas las legislaciones lo sostienen con firmeza; pero si este objetivo puede ser el último confín del derecho, no puede bastar para la moral, porque el hombre en toda su plenitud no se encierra en la mera supervivencia física. Hay exigencias y valores diversos en el plano espiritual que deben ser unitariamente salvaguardados en la procreación[250].

Y entonces, ¿cuál debería ser el criterio ético, bioético, de discernimiento?

Debemos referimos a todo lo que hemos expuesto en el capítulo sobre los principios de la bioética y en especial a la unidad persona-cuerpo, y al principio que hemos llamado de la totalidad o terapéutico.

El cuerpo (ante todo su programa genético, su código genético) está esencialmente unido al espíritu, de manera que constituye la unidad existencial y esencial de la persona. Esto quiere decir que cualquier intervención sobre la corporeidad (y por esto en el código genético) es una intervención sobre la totalidad de la persona y sólo puede justificarse si existe una razón terapéutica. Y, por tanto, cualquier otra intervención sobre la persona (bien intangible) será arbitraria, o ideológica, o de dominación del hombre sobre el hombre.

Esto no significa remitirse a una concepción biologicista de la ley natural sino, más bien, a una deducción racional basada en la esencia del hombre concebido como unidad de alma y de cuerpo.

El cuerpo no agota la realidad humana sino que es uno de sus componentes esenciales, y compete a la razón humana preservar al hombre en su integridad y plenitud. Se puede, ciertamente, advertir en este tipo de enfoque la coincidencia con el principio de la «deducción trascendental» explicado en el plano teológico por Karl Rahner (la vida no nos la hemos dado nosotros, sino que la hemos recibido por la creación). Con esto se viene a confirmar el reconocimiento de la condición de criatura del hombre y del señorío de Dios sobre la persona humana; pero pensamos que debemos fundamentar el criterio de eticidad también en la visión personalista de la corporeidad, al constituir el código genético la estructura portadora de la corporeidad[251].

---

[250] LOMBARDI VALLAURI, Manipolazioni genetiche...

[251] RAHNER, Il problema della manipolazione genética, pp. 370-371. Véase el discurso de Juan Pablo II del 20.10.1983, citado por la Instrucción, en el cual se ponen las siguientes condiciones para la licitud de las intervenciones de manipulación genética: que se salvaguarde la vida del embrión, que se trate de intervenciones estrictamente terapéuticas, que se salvaguarden los derechos fundamentales del hombre incluido el de la identidad genética, y que en el acto procreador se salvaguarden los valores afectivos y espirituales junto con los biológicos y corpóreos.

[230]

De este enfonque emanan algunos principios de orientación ética que podemos resumir como sigue:

1. La salvaguardia de la vida y de la identidad genética de todo individuo humano Cualquier intervención que comporte la supresión de la individualidad física de un sujeto humano, aunque se busque indirectamente para lograr ufl beneficio para los demás, representa una ofensa al valor fundamental de la persona humana, porque priva al sujeto humano del valor fundamenta' sobre el que se apoyan todos los demás, el valor de la vida corporal. Tampoco se puede anteponer el concepto de calidad de la vida al de la vida misma, siendo la calidad un atributo complementario de la vida.

La adopción del criterio de calidad de la vida para discriminar y suprimir algunas vidas representa también una ofensa al principio de igualdad y de igual dignidad.

Así también, se ha de considerar intangible el patrimonio genético del individuo humano, salvaguardando el principio terapéutico, del que enseguida hablaremos. El que algunos hombres, aunque sean científicos, puedan alterar la constitución genética de otros hombres, representaría una dominación del hombre sobre el hombre y una instrumentalización —en general de consecuencias irreversibles— por parte de algunos hombres sobre otros hombres. Si, por ejemplo, fuera posible, como parece serlo, alterar la constitución genética para producir un cambio de sexo en el embrión precoz mediante microinyección de porciones adecuadas de DNA, esto sería un abuso y una ofensa a la identidad del sujeto, una instrumentación[252] a costa de-sujetos humanos.

Por esta razón lo prohiben expresamente tanto la Recomendación del Consejo de Europa 194 de 1982, como la Resolución del Parlamento Europeo de 1989[253].

---

[231]

---

[252] BROVEDANI E., Verso la terapia genica umana. Prospettiue e implicazioni etiche, «Aggiornamenti Sociali», 1988, 9-10, pp. 591-610.

[253] La Resolución del Parlamento Europeo (doc. A2-327-88) titulada: Resolución sobre los problemas éticos y jurídicos de la manipulación genética aprobada el 16 de marzo de 1989 (publicada en «Medicina e Morale» 1989, 3, pp. 579-587) considera que: «una modificación parcial del patrimonio hereditario representa una falsificación de la identidad del hombre inadmisible e injustificable en cuanto que se trata de un bien jurídico altamente personal». La Recomendación del Consejo de Europa nº 934 sobre la ingeniería genética afirma que: «los derechos a la vida y a la dignidad humana garantizados por los artículos 2 y 3 de la Convención Europea de los Derechos Humanos implican el derecho a heredar características genéticas exentas de cualquier manipulación». Tales documentos están publicados en CENTRO DI STUDI DEL MINISTERO DELLA SANITA, Le raccomandazioni del Consiglio d'Europa sull'ingegneria genética e la ricerca scientifica relativamente agli embrioni e feti umani, 20.2.1989, suppl. Al n º 8, pp. 191 ss.

2. El principio terapéutico. También en el caso de la genética se reconoce la validez del principio terapéutico, basado en el concepto de totalidad propio del organismo vivo y de la persona humana.

Es lícito efectuar una intervención incluso invasiva en beneficio del sujeto vivo para corregir un defecto o eliminar una enfermedad de otro modo incurable. Como toda terapia, también la génica encuentra aquí su fundamento y su justificación. Veremos pronto las aplicaciones de este principio.

3. La salvaguardia del ecosistema y del ambiente. La razón que justifica este principio es doble: ante todo porque el ambiente, que está constituido por un conjunto de ecosistemas particulares que componen el ecosistema global, es necesario para la vida y la salud del hombre. En segundo lugar, porque, en una visión creacionista del universo, lo creado está ciertamente ordenado al bien del hombre, que es su centro y su custodio; pero no tiene su única razón de ser en la instrumentalidad en favor del hombre, sino que es siempre un bien que tiene en Dios su razón de ser[254].

Si es verdad que en la persona humana el ser está antes que el tener, es cierto también que para los demás seres vivientes su existir no se agota en ser mero instrumento.

Por tanto, en la polémica entre ecologistas antropocéntricos y ecologistas biologistas, nosotros proponemos un personalismo teocéntrico y creacionista en el que el hombre es custodio, además de beneficiario, de lo creado y en particular de las demás criaturas vivientes.

Todo esto tiene un peso notable en el sector de las biotecnologías.

4. La diferencia ontológica y axiológica entre los seres vivos y ef hombre. Aun reconociendo el vínculo que hay de íntimo intercambio vital entre los seres vivos y el hombre, sin embargo, no se puede suprimir la diferencia real y profunda que existe en el hombre por el hecho de ser capaz de conciencia refleja, de libertad y responsabilidad; en definitiva, de espíritu.

En el ámbito del pensamiento católico recordamos la frase del Concilio Vaticano II[255] que afirma que las criaturas están ordenadas al hombre, mientras que el hombre ha sido creado para sí mismo. Por lo demás, la afirmación es avalada por la razón misma que está presente como elemento distintivo en el hombre. Este hecho no permite aplicar un mismo criterio

---

[232]

[254] Estos conceptos se exponen en el Mensaje por la paz de Juan Pablo II de 1990 titulado Queremos ser agentes de la paz acogiendo el don de la creación como signo y sacramento del amor de Dios (1.1.1990), en Insegnamenti di Giouanni Paolo II, XIII, 1, pp. 5-6. Sobre el mismo tema se había expresado ya la Conferencia Episcopal Alemana con el título: Futuro de la creación, futuro de la humanidad, «Medicina y Ética», 1990, 1,2, pp. 295 ss.

[255] CONCIUO VATICANO II, Constitución pastoral «Gaudium et Spes», n. 12.

respecto de las intervenciones en el hombre y en los otros seres vivos, por ejemplo el criterio de sentir dolor[256], porque el sentir dolor por parte de los animales difiere esencialmente del sentir dolor en el hombre: el animal sufre pero el hombre sabe que sufre y busca un significado al sufrimiento. Por otra parte, las intervenciones genéticas pueden lesionar gravemente, aunque se efectúen en las fases de la vida en que no hay dolor.

5. La competencia de la comunidad. La solución al problema de las intervenciones en el patrimonio genético del hombre e incluso de los demás seres vivos no puede confiarse únicamente a algunos expertos, sean científicos o políticos: es una cuestión que concierne en ciertos aspectos al conjunto de la humanidad, cuyo futuro exige con frecuencia la participación responsable de la comunidad. Por esta razón se ha de reconocer el principio de la libertad de la ciencia y de la investigación, pero también componer con las exigencias de información de las poblaciones y de su corresponsabilidad. Piénsese en los problemas de los rastreos genéticos, de la manipulación del ambiente ecológico y de la secuenciación del genoma humano.

Habrá que encontrar formas de asociación y de corresponsabilidad de los científicos mismos, según el principio del autocontrol, con el interés del bien común y de la colaboración de la opinión pública. La experiencia de los comités de bioética y de las autorreglamentaciones, avaladas luego por la ley cuando es necesario, está confirmando este principio en diversos países.

Baste una simple alusión al problema de los paises en vías de desarrollo -que también deben ser escuchados e incluidos en esta comunidad. En efecto, estos países podrían, por una parte, beneficiarse con el progreso biotecnología), y por la otra, verse obligados a vivir en una mayor dependencia económica y productiva respecto de los países desarrollados que detentan el poder biotecnológico. Lo cierto es que el desarrollo de las biotecnologías ha puesto en marcha ya un periodo nuevo de relaciones entre el Norte y el Sur del mundo.

Normas éticas particulares

Veamos ahora sintéticamente las repercusiones de estos criterios y principios generales. Lo haremos siguiendo, en líneas generales, el esquema de las posibles aplicaciones.

A. Ante todo está la necesidad, éticamente justificada, de salvaguardar la seguridad de las biotecnologías en relación tanto con los laboratorios como con el

---

[233]

[256] SINGER, Practica! ethics, ID., Animal liberation…

ambiente. Esta fue la primera señal de alarma que se dio en torno a la ingeniería genética: la posibilidad de devastar la biosfera mediante una bomba biológica. En relación con este hecho, se formularon las primeras normas o guldehnes para la seguridad del ambiente y en los laboratorios. En el laboratorio, en efecto, se pueden someter a la ingeniería genética a microorganismos que pueden tener una mayor, menor o idéntica peligrosidad para quien trabaja en ellos; y en caso de una liberación incluso no deliberada en el ambiente, el daño podría afectar a poblaciones enteras. A este tipo de seguridad hay que añadir el riesgo debido al escape deliberado en el ambiente de los microorganismos sometidos a ingeniería.

El Documento del CNB resume las directrices e instancias éticas, que se pueden compartir plenamente. Ante todo, define el término y el concepto de biotecnología: «Cualquier técnica que utiliza organismos vivos o sus partes para hacer o modificar productos, mejorar plantas o animales, o desarrollar microorganismos para usos específicos»[257]. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Federación Europea de las Biotecnologías dan otras definiciones más técnicas y precisas[258].

El desarrollo de las biotecnologías implica la aplicación de técnicas de ingeniería genética, el cultivo de células «in vitro» o la producción de anticuerpos monoclona-les. Encuentran su campo de aplicación en la industria químico-farmacéutica y en la agroalimentaria. En 1990 se contaba con 1,500 empresas biotecnológicas en Estados Unidos y 134 en Italia[259].

Las líneas éticas generales sobre esta materia, en definitiva, se concretan em a) la defensa de la vida y de la salud del hombre, y b) la salvaguardia del ambiente. Estos dos principios que se deben tomar en consideración simultáneamente en la evaluación de las biotecnologías exigen que se haya de considerar no tanto la técnica en sí como el producto y la peligrosidad de las consecuencias. Todo esto hace que,

---

[257] La definición está tomada de: OFFICE FOR TECHNOLOGY ASSESSMENT (OTA) del Congreso de Estados Unidos, Commerciaí Biotechnology: an International Analysis, Washington (DC) 1984.

[258] Las definiciones de biotecnología formuladas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y por la Federación Europea de las Biotecnologías se encuentran en COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Documento sulla sicurezza..., p. 9. Según la OCDE, en efecto, «[...] las biotecnologías corresponden a la "aplicación de principios científicos y de ingeniería al tratamiento de material biológico con el objeto de proporcionar bienes y servicios [...)"», mientras para la Federación Europea de las Biotecnologías, éstas «[...] corresponden a "la utilización integrada de la bioquímica, de la microbiología y de la ingeniería para realizar aplicaciones tecnológicas a partir de las propiedades de microorganismos, cultivos celulares y otros agentes biológicos"».

[259] SPALLA C, II progresso delle biotecnologie in Italia, Milán 1990; COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Documento sulla sicurezza..., pp. 9-10.

respecto del riesgo que representan las biotecnologías en un ambiente confinado, se hayan de tener presentes dos criterios:

a) los rasgos genéticos, fisiológicos, ecológicos y la eventual patogenia del organismo parental;

[234]

b) la naturaleza de las modificaciones o las características del DNA recombinante con que se ha transformado.

Con esta finalidad, desde los lineamientos del NIH estadounidense hasta los reglamentos de cada autoridad sanitaria nacional, se han clasificado los microorganismos según su peligrosidad, que es estudiada asimismo en relación con los oncógenos; y conforme a ella se han establecido las correspondientes medidas de seguridad. En Italia los lineamientos los ha proporcionado el Ministerio de Salud[260].

B. Por lo que se refiere a la liberación de organismos genéticamente modificados, se pueden distinguir varias tipologías: las plantas (ya en 1989 se reseñaron más de 30 especies genéticamente modificadas); los animales superiores, para el mejoramiento de los individuos y de los productos, y los microorganismos: bacterias y virus.

En cuanto a las plantas,

«el compromiso de investigación busca modificar algunas características fundamentales para la agricultura como la resistencia a los virus, a los parásitos, a los insectos, a los herbicidas, a condiciones ambientales difíciles; la capacidad de formación del nitrógeno atmosférico; el mejoramiento de las propiedades alimentarias»[261].

En lo concerniente a los microorganismos, las investigaciones se refieren a bacterias y virus no sólo en orden a posibles usos en el sector alimentario, sino también para la biodegradación de los desechos.

1. La primera condición de eticidad es ¡a evaluación del riesgo. Se ha calculado que la introducción en el ambiente de microorganismos modificados acaba por tener efectos negativos en el 10-20 por ciento[262]. Y por efecto negativo se entiende una notable perturbación de los equilibrios ecológicos, la desaparición de algunas especies silvestres o un comportamiento fuertemente invasivo. Los efectos negativos están vinculados con tres factores:

– falta de enemigos naturales;
– daño para otros organismos;
– destrucción directa de ecosistemas.

---

[260] Véase el «Documento Polli» sobre la ingeniería genética en el que se cita al MINISTERO DELLA SANITA, Relazione della Commissione...

[261] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Documento sulla sicurezza..., p. 13.

[262] Ibid., p. 14; SAILER, Our immigrant fauna, «ESA Bulletin», 1978, 24, p. 3; SIMBERLOFF D., Community effects of introduced species, en Bioeíriics Crises in Ecological and Evolutionary Times, Chicago 1981; UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE, Plant Introduction Service, Washington (DC) 1986.

[235]

Por consiguiente, antes de proceder a la liberación de los organismos modificados es preciso que las directrices de las entidades autorizadas, como por ejemplo la OCDE, a través de las comisiones CEE y de los autores, respondan a cinco cuestionamientos:

– si el organismo modificado es capaz de sobrevivir;

– si es capaz de reproducirse;

– si es capaz de formar poblaciones y difundirse;

– si es capaz de proporcionar a otros organismos los rasgos que se le dieron artificialmente;

– si los factores enumerados (supervivencia, difusión, establecimiento y difusión del organismo) pueden producir efectos indeseados para el hombre y para el ambiente[263].

La identificación de tales factores de riesgo hay que valorarla en cada caso, lo cual requiere una compleja capacidad de monitoreo y el instrumental adecuado[264], puesto que como requisito de eticidad se precisa que no haya riesgos para la salud y para el ambiente.

2. otro requisito es que se prevea una auténtica utilidad para el bien de la sociedad actual sin daños para la futura. No se puede alentar el experimentalismo como fin en sí mismo.

3. Es necesario, asimismo, que se dé una adecuada información al público para disipar falsos temores o para informar sobFe los beneficios reales.

4. Se debe, además, tomar medidas adecuadas para la conservación de las especies en vías de extinción y la salvaguardia de la biodiversidad, estableciendo bancos de semen y mejorando las técnicas de reproducción artificial.

5. Hay que examinar igualmente el problema de macroética acerca de la disponibilidad de las biotecnologías por parte de los países en vías de desarrollo, para solucionar sus problemas alimentarios sin que se cree una ulterior dependencia desfavorable de los países productores de biotecnologías.

---

[263] MANTEGAZZINI C, The Enuironmental Risks from Biotechnology, Londres 1986; CAPUANO V., Rilascio ambiéntale di organismi genéticamente modificati: la ualutazione del rischio, Roma 1991.

[264] HALVORSON H. (Ed.), Enginereed Organisms in the Enuironment: Scientific Issues, Washington (DC) 1985; AA.VV., Biotechnology Risk Assesment, Oxford 1986; MANTEGAZZINI, The Enuironmental...; KVISTGAARD M., OLSEN A.M., Biotechnology and Enuironment, Bruselas 1986; OCDE, Recombinant DNA Safety Considerations, París 1986; OTA, Field testing enginereed organisms: genetic and ecological issues, Washington (DC) 1988; REGAL P., The Adaptiue potential of Genetically Engineered Organisms in Nature, «Trends in Biotechnology», 1988, 6, pp. 36-38; SUSSMANN M. et al. (eds.), The Reléase of Genetically Engineered Microorganisms, Nueva York 1988; DEFAYE J. et al. (Eds.), Risk management in Biotechnology, París 1990; OCDE , Good Deuelopmental Practices for small scale field research, París 1990; CAPUANO, Rilascio ambientale...

[236]
Aun cuando los efectos benéficos esperados en este campo de las biotecnologías no han resultado quizás los que se esperaban, es cierto que el sector tendrá un desarrollo vigoroso en un futuro próximo, repercutiendo grandemente tanto en la agricultura como en la zootecnia y en la industria alimentaria.

Los problemas del diagnóstico postnatal

Muchos son los temas éticos vinculados con el diagnóstico genético, que hasta hace pocos años se centraban sobre todo en torno al tema del diagnóstico prenatal, un capítulo particularmente cargado de problemas éticos al que deseamos dedicar un apartado específico. Pero como en la actualidad el debate se ha enriquecido también en torno a las aplicaciones del diagnóstico genético en el adulto, habremos de aludir también a algunos ámbitos de aplicación del diagnóstico genético en el adulto, en los que surgen problemas éticos.

Agruparemos la temática en torno a ios siguientes campos de aplicación del diagnóstico genético postnatal:

a) el diagnóstico genético con la finalidad de localizar la causa genética de una patología y sintomatología clínica declarada;

b) el diagnóstico genético prematrimonial y preconceptivo, considerando también los rastreos masivos o entre poblaciones de riesgo para identificar a los portadores de enfermedades genéticas;

c) el examen genético de los trabajadores en relación con la sensibilidad genética a agentes químicos presentes en el ambiente de trabajo;

d) el proyecto Genoma Humano y sus implicaciones éticas;

e) las aplicaciones en el campo forense;

f) el examen genético exigido por las compañías de seguros[265].

A. El examen genético postnatal con el fin de verificar el diagnóstico de una enfermedad.

Supongamos, por ejemplo, que se duda de si un niño de seis-siete años, que muestra una gradual pérdida de fuerza muscular en las piernas, puede tener una enfermedad de origen genético como la miastenia gravis del tipo Duchenne. Sólo el examen genético lo puede certificar al cabo de pocos días. El problema ético se refiere a la comunicación de la verdad al interesado y a los pacientes. Este

---

[237]

[265] La bibliografía se ha ido enriqueciendo sobre cada uno de estos temas y los Parlamentos comienzan a dar indicaciones sobre la materia. Cuando tratemos cada tema en particular haremos las referencias oportunas.

problema es más grave cuando el examen se hace por otros motivos —casual o intencionalmente— y se comprueba una patología que no había surgido aún clínicamente, pero que surgirá al cabo de un tiempo en la edad adulta o madura como, por ejemplo, la fibrosis quística o la corea de Huntington. En estos casos complejos hay que vincular el «derecho a conocen» con el «derecho a no conocer». El derecho a no conocer y, por esto mismo, la obligación de no comunicar, vale ciertamente para el paciente menor de edad; el derecho a conocer podría valer para los padres que lo solicitaran. Sin embargo, en relación con la capacidad psicológica de los padres se ha de evaluar la conveniencia de conocer la respuesta, así como de no revelarla ai niño hasta que sea mayor de edad. Y si el enfermo mayor de edad pidiera que se le informara sobre el resultado del diagnóstico, hay que examinar en cada caso el efecto que podría tener una información con diagnóstico infausto de aparición posterior[266].

B. El diagnóstico prematrimonial y preconceptiuo.

Está indicado en el sujeto que corra peligro de ser portador del gen responsable de una enfermedad genética recesiva, el cual podría casarse con un sujeto portador y así correr un riesgo del 25 por ciento de tener hijos afectados.

Estos exámenes genéticos son lícitos y se recomiendan en las poblaciones que tienen el riesgo de transmitir el gen responsable de la talasanemia, por ejemplo. En algunas zonas geográficas los análisis de este tipo, acompañados de la necesaria consulta, parece que han dado resultados importantes para la prevención primaria, reduciendo el porcentaje de incidencia[267].

Este sistema merece el nombre de prevención y puede ser la auténtica alternativa al aborto selectivo, que algunos consideran indebidamente como «prevención»[268]. Hay que añadir, no obstante, que no se puede obligar a estos exámenes mediante rastreo o leyes impuestas a los novios en sentido general. El hecho de que sean lícitos no quiere decir que sean obligatorios moralmente, cosa prohibida por el derecho internacional y nacional. Desde el punto de vista ético se puede apelar al sentido de responsabilidad, pero no creemos que estos exámenes puedan

---

[266] SGRECCIA E., MELÉ V., La diagnosi genética postnatale, en SGRECCIA, MELÉ,Ingegneria genética ebiotecnohgie..., pp. 251-277.

[267] Véase, por ejemplo, el plan de prevención de la anemia mediterránea —mediante la identificación de los portadores— llevado a cabo en la Región del Lazio, cuyos datos publicaron BIANCO I, GRAZIANI B. et al., Update results of the thalassemia prevention programme carried out in Latium, «J. Med. Genet.», 1989, 26, pp. 667 ss.

[268] SPAGNOLO A.G., Di PIETRO M.L., PALAZZANI L., SGRECCIA E, Significato della diagnosi prenatale nella prevenzione delle malatie congenite: aspetti etico-sociali, en Atti del LXVII Congresso della Societá Italiana di Ostetricia e Ginecología, Brescia 1990, pp. 39-40.

[238]
hacerse oblígatorios[269]. Si luego la Pareja de novios aceptara ese riesgo, deberán tomar seriamente en consideración las consecuencias de un matrimonio con un elevado riesgo de transmisión genética de la enfermedad, pero no podrán ser obligados a desistir de casarse ni en el ámbito legal ni en el ámbito moral. Queda la posibilidad de llegar igualmente al matrimonio, conscientes de todos modos de que no podrán pedir el aborto del feto infectado: el aborto voluntario nunca se puede considerar lícito, y menos aún cuando se haya dado una aceptación consciente del riesgo.

C. El «screeníng» genético en ¡os trabajadores.

Este tipo de examen se está planeando cada vez con más frecuencia como aplicación de la llamada medicina predictiva, aunque presente grandes problemas éticos.

Podemos localizar tres categorías de rastreo en el trabajador con diferentes finalidades:

a) localizar una predisposición genética que determina la hipersensibilidad a sustancias particulares presentes en el ambiente de trabajo;

b) comprobar la predisposición genética a una enfermedad independiente del trabajo, que podría surgir en el futuro (por ejemplo, aterosclerosis);

c) localizar una patología genética independiente del trabajo con una futura manifestación fenotípica (corea de Huntington).

La ecogenética tiene por objeto de estudio el rastreo para localizar la predisposición genética que determina la hipersensibilidad a sustancias particulares presentes en el ambiente de trabajo (caso a.). Esta rama de la genética estudia las reacciones, genéticamente determinadas, del organismo humano **a** factores ambientales de naturaleza física, química, biológica y social, y se basa en el supuesto de que los caracteres bioquímicos individuales condicionan la reacción del organismo a un estímulo externo[270]. Afecciones de etiopatogénesis genética, responsables de que disminuyan los mecanismos de defensa del organismo respecto de sustancias nocivas en algunos ambientes de trabajo, son por ejemplo: la deficiencia de alfa-1-antitripsina y la de glucosa-6-fosfato-dehidrogenasa (G6P-DH). La deficiencia de G6P-DH parece predisponer a crisis hemolíticas al trabajador expuesto **a** la naftalina[271]. La deficiencia de alfa-1-antitripsina da como resultado una forma severa

---

[269] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Diagnosi prenótale..., pp. 37-46.

[270] MELE V., GIRLANDO G., SGRECCIA E., La diagnosi genética sui lavoratori: recenti acquisizioni scientifiche, problematiche etiche ed etico-giuridiche, «Medicina e Morale», 1990, 2, pp. 301-329.

[271] OMENN G.S., Prediclure identification of hypersusceptible individuáis, «J. Occup. Med.», 1982, 24, 5, pp. 369-374.

[239]
de enfisema en la forma homocigoto; la forma heterocigoto parece representar un factor de predisposición que origina una patología al interactuar con agentes ambientales específicos (irritantes pulmonares). El problema ético fundamental en estos casos lo representa la posibilidad de que el prestador de trabajo establezca un programa de investigación genética para «prevenir» gastos mayores ante la eventualidad de tener que resarcir eventuales daños causados al trabajador. Un propósito semejante, que se basa en la relación costos/beneficios y que como valor de referencia sobreentiende las utilidades de la industria, es éticamente inaceptable.

En cambio, el juicio ético es esencialmente diferente, y por tanto positivo, si el propósito y el objeto de la valoración se refieren al riesgo/beneficio en relación con la salud del trabajador, y la investigación genética se lleva a cabo esencialmente para prevenir la aparición de una patología. En este último caso la finalidad buscada es, en principio, éticamente aceptable, siempre que se demuestre la asociación entre la condición genética y la patología profesional, considerando también la recurrencia de la enfermedad (en el caso de patologías sumamente raras, es escaso el valor predictivo de la investigación), la gravedad de la misma y los modos de manifestarse clínicamente (en enfermedades que no son graves y se pueden controlar en la fase clínica precoz, no existe una instancia ética para el diagnóstico porque no comportan daños importantes para la salud del trabajador)[272]. Si nos centramos en esta segunda hipótesis, una vez que se ha establecido con estas condiciones la licitud en el plano médico-científico del diagnóstico, se requieren otras «condiciones» para que ese examen no signifique discriminación alguna en el trabajo, y por ello sea plenamente lícito. Estas condiciones en conjunto buscan salvaguardar: el respeto a la salud, la autonomía y la autodeterminación del trabajador, y los criterios de equidad en la contratación; y se establecen en los documentos europeos internacionales y nacionales. Tales documentos consideran los siguientes criterios de eticidad:

1) Se requiere obtener el consentimiento informado del trabajador, consentimiento al que diversos documentos y desde varias instancias se le da una importancia decisiva. La Resolución A2-327/88 del Parlamento Europeo reitera el derecho de los trabajadores interesados a ser informados exhaustivamente y consultados antes de proceder a tales exámenes, y a rechazar someterse a análisis genéticos en cualquier momento, cuando no se indiquen los motivos, y sin que ello pueda implicar consecuencias positivas o negativas[273]. El Informe del Parlamento alemán recomienda que las asociaciones profesionales establezcan reglamentos vinculantes por ley para el uso de

[272] íbidern.

[273] PARLAMENTO EUROPEO, Resolución A2-327/88...

[2340]
las pruebas y las consecuencias que se puedan derivar de ello, lo cual debería estar garantizado por las siguientes condiciones: el trabajador interesado debería ser informado antes de que comience el examen respecto del análisis genético previsto y del significado que podrá tener para él el análisis; el contenido de la conversación y el consentimiento del trabajador a someterse al análisis genético previsto deben registrarse por escrito y ser firmados por el trabajador interesado y por el médico informante; la disponibilidad a someterse a un análisis genético debe ser invalidada en los casos en que el trabajador interesado no haya sido informado precedentemente sobre las circunstancias importantes al ayudarlo a tomar esta decisión[274].

Por otro lado, nos parece difícil que el trabajador, después de haber sido informado cuidadosamente sobre la entidad del riesgo y la gravedad de la patología —sobre todo si se le ofrecen posibles alternativas de trabajo—, pueda rechazar someterse a la prueba. A este propósito, en efecto, estamos de acuerdo con lo expresado por el Office for Technology Assessment (OTA) del Congreso estadounidense que considera el consentimiento informado del trabajador como la única solución posible para conciliar el principio de beneficencia, que sugiere excluir a los trabajadores genéticamente susceptibles de sufrir un daño del ambiente, y el de autonomía[275]. En materia de consentimiento, sin embargo, sigue existiendo a nuestro juicio la obligación de aceptar las consecuencias de un eventual resultado positivo de la investigación del diagnóstico —o sea, la no contratación en el puesto de trabajo—, después de haber recibido la información adecuada y haber aceptado someterse a la prueba.

2) Es necesario, además, limitar con oportunas disposiciones normativas el derecho a la información del prestador de trabajo.

A este propósito, el Código de conducta ética del Colegio norteamericano de Medicina Laboral[276] afirma que la información revelada al prestador de trabajo debería proporcionar únicamente los elementos estrictamente esenciales para que esté informado.

3) Hay que evitar que el rastreo genético en los trabajadores represente una alternativa económica más conveniente que la de sanear el lugar de trabajo.

[241]

[274] DEUTSCHE BUNDESTAG, Report...
[275] OTA, Genetic monitoring and screening in the workplace, OTA-BA-455 Washington (DC), 1990 October, p. 103.
[276] AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL MEDICINE CODE OF ETHICAL CONDUCT, Code of ethical conduct for physicians prouiding occupational medical seruices, «J. Occup. Med. », 1976, 18, 8, p. 1.

La Resolución del Parlamento Europeo pone de relieve que la selección encaminada a excluir a los trabajadores subjetivamente menos resistentes, no puede representar en ningún caso una alternativa al saneamiento del ambiente de trabajo[277]. El documento del Parlamento alemán pide garantizar que el aislamiento de los trabajadores con una predisposición individual a contraer una patología laboral y la posible exclusión de éstos del puesto de trabajo, sólo esté permitida cuando resulte imposible mejorar las condiciones de trabajo de manera suficiente para el trabajador interesado[278].

El rastreo para comprobar la predisposición o predeterminación genética (casos b. y c.) a una enfermedad no profesional que podría surgir o surgiría en el futuro no parece aceptable en principio desde el punto de vista ético-jurídico. Este parecer contrario, vinculado con el carácter de no proximidad de la aparición de la patología y de independencia del trabajo, lo expresan claramente tanto la Resolución del Parlamento Europeo como el Documento del Parlamento Europeo.

En particular, la Resolución pide que los exámenes genéticos en los trabajadores puedan llevarse a cabo en relación con el estado de salud del momento. El Informe del Parlamento de Alemania Federal recomienda excluir los análisis genéticos y otros exámenes que diagnostiquen las situaciones patológicas y las enfermedades futuras del trabajador. Esto se aplicará también cuando la patología futura pueda influir en las habilidades de un empleado necesarias para un determinado trabajo. Sólo puede ser un argumento para proceder lícitamente a efectuar una prueba el estado de salud actual del empleado[279].

Desde el punto de vista jurídico, además, el pretender tomar en cuenta en el momento de la contratación también las probables enfermedades futuras, violaría el principio que prevé el equilibrio del interés de las partes en el ámbito del contrato de trabajo. Según este principio, el prestador de trabajo debe, también él, aceptar el riesgo de una eventual enfermedad futura del trabajador; mientras que con la selección genética ese riesgo recaería en la práctica sólo en el trabajador[280].

La excepción ética a esta prohibición la ofrece a nuestro juicio el posible riesgo para la vida de terceras personas causado por la manifestación clínica de la futura enfermedad genética con predeterminación genética en situaciones laborales específicas (caso c.)

En esta eventualidad, la investigación genética previa a la contratación se habrá de efectuar obligatoriamente so pena de no ser contratado. Un ejemplo al respecto

---

[242]

---

[277] PARLAMENTO EUROPEO, Resolución A2-327/88...
[278] DEUTSCHER BUNDESTAG, Report...
[279] Ibidem.
[280] Ibidem.

lo proporciona la corea de Huntington, patologia genètica que durante muchos años no se expresa a nivel fenotípico y que se caracteriza por momentos de confusión mental y pérdida de memoria en su inicio clínico. Es evidente que en el momento de la manifestación clínica en un sujeto que ejerce ciertas profesiones particulares, por ejemplo el controlador de vuelo, la corea pone en serio peligro la vida de muchas personas. En este caso el principio de la autonomía individual (la no obligatoriedad de la investigación genética) se ha de sacrificar en aras del principio de la defensa de la vida física[281].

D. El proyecto «Genoma humano» y los problemas éticos correspondientes.

A partir de los años cincuenta, se ha venido desarrollando continuamente el conocimiento del patrimonio genético del hombre[282], sobre todo en relación con la identificación de genes patógenos. En estos últimos años se ha concebido y puesto en marcha el ambicioso proyecto a nivel de cooperación internacional para la secuenciación de todo el genoma humano, y ello con el objetivo de identificar tanto los genes normales como los patológicos. El proyecto se denomina Human Genome Project y está coordinado por la organización internacional Human Genome Organization (HUGO).

También Italia forma parte de este proyecto. En 1988, una comisión especial de expertos de los siete países más industrializados examinó, en una semana de estudios en Roma, las implicaciones ético-sociales de este proyecto[283]. El Comité Nacional de Bioética [italiano] ha dedicado también un documento a este tema.

Los beneficios que se esperan, una vez que finalice el proyecto llevado **a** cabo con la colaboración de cerca de tres mil científicos en todo el mundo, están relacionados con:

a) la posibilidad de localizar los genes responsables de las enfermedades hereditarias y de poder proceder posteriormente a la geneterapia;

b) la realización de un archivo internacional de todas las bases nitrogenadas que componen y representan el genoma humano;

c) la tipificación de algunos sujetos mediante el empleo de polimorfismos de DNA, en general para uso criminológico o para investigar **la** paternidad,

---

[281] SGRECCIA, MELE, La diagnosi genetica...

[282] PASCALI V.L., D'ALOJA E., // progetto genoma e le conoscenze sui geni normali e patologici dell'uomo. Problemi etici e deontologici, «Medicina e Morale», 1992, 2, pp. 219-232; MADDOX J., The case for the human genoma, «Nature», 1991, 352, pp. 11-14; ANDERSON C, ALDHOUS P., Still room for Hugo, «Nature», 1992, 355, pp. 4-5.

[283] Summarizing report and adopted recommendations, Actas de la International Conference on Bioethics sobre: The Human genome sequencing: ethical issues, Brescia 1989, pp. 286-292.

[243]
o bien para conocer las predisposiciones a la enfermedad en un ambiente laboral particular.

Pero junto a estas expectativas positivas se pone de relieve una serie de riesgos y problemas de naturaleza ética, vinculados precisamente con las posibilidades de nuevos conocimientos de tipo genético:

a) el primer problema que se plantea lo determina la posibilidad de una aplicación más amplia del diagnóstico prenatal con fines eugenésicos. Precisamente porque se pueden conocer más ampliamente en la fase prenatal los genes enfermos y los sujetos portadores, el afán eugenésico puede ser más tentador, de manera que el diagnóstico prenatal —en lugar de estar dirigido a encontrar la mejor terapia del feto, a una mejor acogida del mismo o, en todo caso, a ser oportunidad de la mujer y de la pareja—, puede distorsionarse en sus objetivos.

Además, si el examen genético prenatal evidenciara la previsión de una enfermedad genética de manifestación tardía, como por ejemplo la enfermedad de Huntington, los problemas éticos aumentarían, porque además de la eventualidad del aborto —que en este caso probablemente ni siquiera sería legalizable a tenor de la ley 194/78, porque no se trataría de «malformación» y «anomalía» presente en el feto y, en todo caso, siempre sería ilícito desde el punto de vista moral— se plantea el complejo problema de la información.

Ésta no se podría ofrecer al sujeto todavía sano sino cuando lo requiriera y cuando fuera mayor de edad; puede darse a los padres y a los representantes legales, a los hermanos, examinando en cada caso la situación[284].

b) Otro problema puesto en evidencia consiste en el establecimiento de bancos de datos acerca de los sometidos a investigación. Estos bancos de datos deberían ser accesibles sólo por una finalidad científica o por disposición de los tribunales. Pero, en cambio, los datos deberían ser inaccesibles a los particulares, a las industrias y las compañías de seguros[285].

c) El tercer tipo de riesgo es el de hacer posible mediante monitoreo genético la discriminación en el puesto de trabajo en contra de todos aquellos sujetos que podrían ser genéticamente sensibles a ciertos agentes químicos en el ambiente de trabajo; problema del que nos acabamos de ocupar hace poco.

---

[284] MELÉ V., Diritti e douer't della medicina predittiva, «Medicina e Morale», 1991, 3, pp. 71-90;
SGRECCIA, MELÉ, Ingegneria genética e tecnologie...

[285] Me COURTY C, Profiles bank of way, «Nature», 1989, 335, pp. 339-390; PASCAU, D'ALOJA, II progetto genoma..., p. 220; ANDERSON C., ALDHOUS P., Secrecy at the bottom Une, «Nature«, 1991, 335, pp. 354-396.

[244]

E. El examen genético en el ámbito forense.

Se trata de una aplicación reciente del análisis genético empleada a partir de 1985 en una doble dirección:

– el reconocimiento o desconocimiento de la paternidad, que antes se hacía por medio de los grupos sanguíneos;

– el uso criminológico para localizar a un culpable a partir de los rastros del DNA del presunto reo.

El principio básico lo constituye el hecho de que el DNA permite no sólo la identificación de los tejidos (sangre, esperma) y de la especie viviente a que se refieren (hombre, animal), sino también, en determinadas condiciones y con métodos precisos más recientes, la información individual (fingerprint)[286].

Las técnicas han evolucionado precisamente en el sentido de la posibilidad de ofrecer con suficiente certeza la información individual, a partir de hallazgos incluso poco relevantes.

La primera fase de evolución de estas técnicas permitía la «identificación genérica» del tipo de tejido y de la especie viviente. Cuando el material era abundante y se obtenía al poco tiempo de la producción, permitía incluso la individuación con el empleo de sondeos «Multilocus» y de la técnica «Southern blot analysis». De hecho, con este método, asociado también a otras pruebas tradicionales, se resolvieron algunos procesos famosos[287].

La segunda fase consistió en la introducción de sondas moleculares uniloculares (SLPs); este método mostró sus limitaciones especialmente en relación con la cantidad y frescura del material requerido para el análisis. Sin embargo, se empleó hasta los años noventa y sirvió para resolver importantes casos judiciales. No obstante, como consecuencia de las críticas hechas en la revista «Nature», la OTA elaboró un informe[288] en julio de 1989 sobre la confiabilidad, los controles y los estándares.

La tercera fase de desarrollo de los métodos está marcada por la Polymerase Chain Reaction (PCR)[289]; empleada cada vez más ampliamente, permite analizar polimorfismos con capacidad de identificación muy elevada. De esta manera, en la actualidad es posible, además de la identificación del sexo, incluso la individuación

---

[286] Estos datos están tomados de un estudio presentado por el Prof. A. Fiori, director del Instituto de Medicina legal y de los Seguros de la Facultad de Medicina y Cirugía «A. Gemelli» de la Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma, -al Comité Nacional para la Bioética.

[287] El caso Pitchfork; véase GILL P., WARRET D.J., Esclusion of a man charged with murder by DNA fingerprinting, «Forensic Science International», 1987, 35, pp. 145-148.

[288] OTA, Genetic witness, forensic use of DNA tests, N. 052 003 01203-1, Washington (DC).

[289] Véase ERUCH, ARNHHM, Genetic analysis...

[245]
de trazas minúsculas como un cabello o rastros de sangre o esperma. Sin embargo, también estas técnicas requieren de una gran experiencia y de controles rigurosos no sólo para excluir posibles contaminaciones del material examinado, sino igualmente para que los procedimientos se apliquen cuidadosamente.

Las instancias éticas en este campo se pueden resumir como sigue:

a) Los exámenes de paternidad deben hacerlos instituciones públicas acreditadas por su experiencia y autoridad, y sólo a requerimiento de un tribunal o de una institución consultora con fines legítimos previstos por la ley, o para fomentar la unión familiar. Diversos países europeos excluyen a los laboratorios privados y el acceso a los particulares[290]. La razón ética es fácil de comprender: se trata de respetar los derechos de los hijos, así como la «privacidad» y la unidad de la familia que, en ciertos casos, puede verse amenazada por los resultados de tales exámenes.

b) Por lo que se refiere al uso criminológico, deberá ser llevado a cabo por personal experto en instalaciones válidas, debiéndose considerar lícito en el sentido de que se trata de un medio para comprobar la verdad acerca del reo de un delito y excluir condenar a inocentes. Además, el examen deberá referirse solamente a los aspectos genéticos concernientes al requerimiento judicial, y no a otros datos biológicos.

c) Los registros criminológicos con los correspondientes bancos de datos deberán estar protegidos por el secreto. La razón básica es el derecho a la «privacidad», que en el campo genético cobra una importancia particular por el hecho de que el DNA proporciona también datos sobre la descendencia.

F. El examen genético requerido por las compañías de seguros.

En el ámbito ético-jurídico, un principio que se revela como de primordial importancia es la protección de la autodeterminación individual. En otras palabras, las posibles ventajas económicas para las compañías de seguros de un conocimiento previo de patologías futuras o del riesgo de que éstas aparezcan en los asegurados, no deben considerarse de prioritaria importancia respecto del derecho de los asegurados mismos a no conocer previamente dichas patologías. Este tipo de requerimiento parece estar también en contradicción con el significado «esencial» del sistema de seguros: la manifestación de una predisposición en un futuro indeterminado es un riesgo que debe ser

[290] La Recomendación del Bundestag alemán Report... afirma: «Sólo por orden del juez se pueden autorizar los análisis genéticos; la orden debe especificar no sólo el objetivo de los análisis sino también el método del análisis genético que hay que seguir» (art. 11/1). Prescribe, además, que sólo se pueden hacer en personas inculpadas y no meramente sospechosas.

cubierto por el seguro contra enfermedades, cuya obligación es precisamente la de asumir los riesgos y no la de excluirlos[291].

[246]

La terapia génica

El Comité Nacional para la Bioética (CBN) italiano define la terapia génica en los siguientes términos: «La introducción en organismos o células humanas de un gen, es decir de un fragmento de DNA, que tiene por efecto prevenir y/o curar una condición patológica»[292].

Ya hemos dicho que en la terapia gènica se centran las mayores esperanzas de las aplicaciones de la ingeniería genética. Las primeras autorizaciones las dio en Estados Unidos la Food and Drug Administration (FDA) el 14 de octubre de 1990 para efectuar un trasplante de células productoras de la enzima adenosin-deaminasa (ADA) en una niña con su sistema de defensas comprometido: los linfocitos fueron infectados «in vitro» con retrovirus defectivo para la replicación, que contenía el gen normal para la ADA. Efectuada la terapia, hay que esperar un tiempo todavía para ver los resultados. También en Estados Unidos se dio otra aprobación para introducir el gen para el Tumor Necrosis Factor (TNF) en una categoría particular de linfocitos a fin de curar de un melanoma. En Italia, el Instituto Científico Hospital «San Rafael» de Milán llevó a cabo en 1992 una intervención de terapia somática.

La distinción fundamental en el ámbito de la terapia gènica se establece entre la llevada a cabo en células somáticas —por ejemplo, linfocitos, médula ósea—, esperando que recobren la normalidad las células defectuosas del individuo enfermo, y la que se lleva a cabo en células de la línea germinal (en gametos o el embrión precoz), de manera que la modificación esperada debería referirse al genoma del sujeto por concebir o ya concebido, y también en sus descendientes. — El principio etico fundamental para valorar estas intervenciones es el de la jntangibilidad del patrimonio genético de un sujeto, basado a su vez en el respeto de la integridad física de la persona; este principio es compatible —a nuestro juicio, incluso exigible— con el derecho del sujeto enfermo a mantener o recuperar la integridad y eficiencia de su propia dotación gènica según el principio terapéutico. Por tanto, y a partir de este-doble principio, son admisibles en general la terapia gènica de tipo tanto somático como germinal, cuando la finalidad y el objetivo son los terapéuticos. En cambio, se debe excluir la terapia gènica germinal por dos diferentes razones:

a) porque los métodos actuales no permiten lograr el resultado terapéutico, mientras se plantean riesgos imposibles de controlar. Esta razón está vinculada a los actuales conocimientos científicos;

[291] DEUTSCHE BUNDESTAG, Report...

[292] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Terapia genica...

b) cuando se sobrepasa el objetivo terapéutico y se busca modificar la constitución gènica: en este caso la ilicitud es absoluta y no se condiciona al

[247]
estado de los conocimientos, porque se configura como una alteración contraria al principio de respeto a la vida e identidad biológica y de igualdad entre los hombres.

Todo esto no autoriza a considerar que la terapia génica, incluso somática, no presenta dificultades ni condiciones.

Las condiciones éticas para la terapia génica, de carácter somático están vinculadas, en definitiva, al hecho de que pueden darse riesgos adicionales, como mutaciones perjudiciales inducidas, desórdenes de proliferación o fenómenos de rechazo, así como la posibilidad de que el eventual vector viral se difunda.

El CNB pone una doble serie de condiciones:

a) condiciones referentes a la selección de la patología que se va a tratar.

– enfermedades debidas al defecto de un gen aislado estructural recesivo, susceptibles, por esto mismo, de terapia completa con un solo gen sano;

– una enfermedad grave y con escasas esperanzas de vida;

– una enfermedad para la cual no exista en la actualidad una terapia alternativa.

– Tales enfermedades son, por ejemplo, la deficiencia de ADA, el síndrome de Lesch-Nyhan o la fibrosis quística, entre otras.

b) la otra serie de condiciones está relacionada con el control de las técnicasy son

– la obligación de informar a la autoridad competente a nivel nacional e internacional, acerca de los protocolos utilizados con referencia a las técnicas empleadas y a la disponibilidad de las estructuras;

– la evaluación de las estructuras;

– la documentación de la gravedad de la enfermedad y la ausencia de alternativas;

– la nula importancia de los efectos colaterales;

– la expectativa de un plausible resultado positivo.

Con estos lineamientos concuerdan también las normativas europeas[293] y del Comité Nacional de Bioética italiano, y el parecer de los comités autorizados como el Grupo de Estudio de los Siete Países más Industrializados[294].

---

[248]

[293] PARLAMENTO EUROPEO, Resolución A2-327/91...

[294] V Conferencia sobre la Bioética promovida por la Cumbre de los Siete Países más Industrializados, Roma, 10-15 de abril de 1988, publicado en «Medicina e Morale», 1988, 2, pp. 308-315.

Es obvio que también para estas terapias debe obtenerse el consentimiento del paciente, dados los riesgos y el estadio experimental de la terapia; ese consentimiento tratándose de una terapia, puede ser por representación, en el caso de los menores-de edad o de imposibilidad de darlo de otra manera.

Por el carácter tan peculiar de estas terapias, es de desear que, como ocurre en varios países, haya una autoridad central que verifique y controle los protocolos y las estructuras.

Ingeniería genética de alteración y amplificación en ei hombre

Ya hemos hablado de la aplicación de la ingeniería genética al ámbito de la vida vegetal y animal con una finalidad no sólo de mejoramiento, sino también de alteración del patrimonio genético del ser vivo, a fin de aumentar o mejorar la calidad de los productos o incluso de elaborar nuevos productos farmacológicos.

Y hemos llegado a la conclusión de que existen ciertos riesgos (epidemias mortales, daños al ecosistema), pero que se pueden dominar y deben ser controlados.

Son, en efecto, estos riesgos presentes y futuros los que en el campo vegetal y animal, y para el ambiente, constituyen el punto de discriminación entre lo lícito y lo ilícito. El simple razonamiento según el cual las transformaciones se producen también en la naturaleza por mecanismos ambientales, no basta en sí mismo para constituir una norma, porque el funcionamiento biológico por sí solo (la ley natural entendida en sentido biologista) no constituye una norma moral para el hombre, el cual no es sólo un ser biológico; además de que no todo lo que sucede en la naturaleza por mecanismos naturales (por ejemplo, el contagio de una enfermedad) es en sí mismo bueno[295].

Tampoco el problema ético-económico derivado de la productividad en el campo biotecnológico es diferente del problema de justicia que se plantea, especialmente a nivel internacional, respecto de todo el progreso tecnológico y las relaciones económicas entre países desarrollados y países en vías de desarrollo. Hay quien sostiene que no sólo las eventuales desigualdades de medios y recursos económicos se pueden controlar, sino que también las biotecnologías podrían abrir nuevas posibilidades para los países en vías de desarrollo. Por tanto el tema de la reflexión ético-cultural sobre la ingeniería genética que comenzó con graves temores de catástrofes latentes, va dando lugar a una consideración más equilibrada y tranquila.

Pero el problema sigue planteado en términos diferentes cuando se trata de ingeniería alterante o amplificativa y de mejoramiento en el hombre. Sigue firme

[295] CUYAS, Problemática ética…

[249]
cuanto hemos dicho sobre la terapia gènica que no entra, a nuestro juicio, en el concepto de alteración.

De hecho, la ingeniería genética de tipo terapéutico busca restituir la integridad normal del sujeto considerado en la especie, el hombre. Se da, por esto, una distinción muy precisa entre terapia gènica e intervención de ingeniería alterante. Lo puso igualmente de relieve Juan Pablo II en el discurso pronunciado ante los miembros de la Asociación Médica Mundial el 29 de octubre de 1983[296]:

«Una intervención estrictamente terapéutica que tenga como objetivo la curación de enfermedades diversas, como las que provienen de deficiencias cromo-sómicas, sería considerada en principio muy de desear, con tal que tienda a la promoción del verdadero bienestar personal del hombre y sin que atente contra su integridad ni deteriore sus condiciones de vida. Una intervención semejante se sitúa en la lógica de la tradición moral cristiana».

Considero también que la prohibición de la Recomendación 934/1982 de la Asamblea del Consejo de Europa, cuando pide a los Estados miembros proteger el derecho de los ciudadanos a recibir «el patrimonio genético no manipulado artificialmente»[297], no está considerando este tipo de intervención sino la intervención alterante.

Por esto podemos considerar que, cuando no se trata de una intervención encaminada a restituir la integridad genética, cualquier otra intervención sólo puede ser o alterante o para mejorar-amplificar. Conceptualmente, la alteración habla de producción de un carácter nuevo, mientras que el mejoramiento o la amplificación implicarían, en cambio, la potenciación de un carácter ya existente. Se citan como ejemplos el mejoramiento del gen responsable del crecimiento de la estatura o la prolongación de la edad.

A fin de encontrar una línea de demarcación entre la ingeniería genética alterante, Cuyas formula cuatro hipótesis de ingeniería genética y la define como amplificativa y de mejoramiento en el sentido de «recombinación genética como terapia potenciadora o eugenésica»[298]. Las diferentes gradaciones dependerían de las diversas finalidades:

a) colmar una deficiencia que deja al sujeto en condiciones de inferioridad respecto del promedio estadístico;

[250]

b) mejorar al sujeto en una o más cualidades por encima de este promedio estadístico;

---

[296] JUAN PABLO Ii, Discurso a la Asociación Médica..., p. 921.

[297] Véase el texto de la traducción italiana referido en: SENATO DELLA REPUBBUCA ITALIANA (coord. por el Servizio Studi), Documentazione sugli Atti del Consiglio d'Europa e della Comunità Economica Europea in materia di: Riproduzione umana assistita in vivo ed in vitro, ricerca embrionale, ingegneria genetica e biotecnologie, octubre de 1990.

[298] CUYÀS, Problematica etica..., pp. 487-488.

c) procurar a la descendencia una superioridad respecto de la norma en el aprovechamiento de ciertas cualidades (altura, fuerza, inteligencia, etcétera);

d) dotar al hombre de cualidades que en si mismas o en su nivel de intensidad son ajenas a la especie humana.

El autor hace coincidir acertadamente el primer caso con una forma de terapia, mientras pensamos que no se pueden llamar automáticamente «terapias poten-ciadoras» a todos los demás tipos de intervención; más bien se trata de intervenciones de eugenesia. El segundo caso presenta para el autor algunas dificultades éticas por el hecho de que el sujeto no puede ser interpelado para obtener su consentimiento, mientras que la superdotación inducida podría condicionar el futuro del sujeto mismo; por lo cual el autor considera en este ámbito la hipótesis de una experimentación sólo posible en el adulto que consienta en ella. De hecho, no es fácil de imaginar una intervención de ingeniería genética que influya en el sujeto y no en sus descendientes, aumentando ciertas cualidades por encima del promedio. Habría de tratarse de una ingeniería genética de tipo somático, porque la de la línea germinal pasaría a los descendientes. Ni tampoco puede ponerse como ejemplo la administración de hormonas masculinas a una atleta adolescente a manera de «doping» para masculinizar su musculatura, porque aquí no se trata de ingeniería genética sino de administración de tipo farmacológico, ilícita además, porque altera no sólo el resultado de las competencias deportivas, sino también el desarrollo psico-sexual de la mujer atleta.

Sin embargo, si se da una posibilidad semejante —no terapéutica, sino para amplificar alguna cualidades físicas por encima del promedio normal—, además del consentimiento del sujeto sometido a ese incremento, y de la ausencia de riesgos, pienso que habría siempre que preguntarse si esa elección-selección de las cualidades físicas o intelectuales no va contra el principio de igualdad y no desemboca en el dominio arbitrario sobre el propio cuerpo. El mismo autor pone en duda también la clasificación misma de cualidades/defectos, que a menudo obedece a modas culturales o una exaltación instrumental.

Y no es muy apropiado el razonamiento según el cual los hombres, mediante la elección de la pareja en los matrimonios, han buscado siempre este mejoramiento-selección de las cualidades físicas; porque en estos casos se trata de poner condiciones para un mejoramiento y no ya de determinar directamente un grado de cualidad física mediante una intervención sobre la unidad biológica. Este tipo de intervención hipotética nos parece más grave que lo que ocurre en el campo de la medicina cosmetológica. El que el hombre goce de un cierto poder sobre su propia vida y que el concepto de salud no se limite simplemente a la ausencia de

---

[251]

enfermedad, sino que busque el «pleno bienestar físico, psicológico y social —admitiendo, sin conceder, que exista esta plenitud de bienestar—, no elimina el problema del límite dentro del cual debe encerrarse este objetivo.

Las palabras de Pío XII[299] que alaban el esfuerzo de la ciencia por «promover lo bueno y eliminar lo nocivo», no suprimen el deber de respetar en el hombre esas «barreras morales que ningún poder humano tiene el derecho de eliminar».

En cambio, nos asaltan serias dudas en lo referente al mejoramiento de la descendencia, que Cuyas considera también lícito en determinadas condiciones en el sentido y en la dirección de potenciamiento de cualidades físicas e intelectuales, al margen de la terapéutica y por encima de la norma.

Es cierto que el autor pone como condición la posibilidad de ampliar este supuesto beneficio a la mayor parte de los hombres y muestra preocupación ante la posible intervención del poder público con estrategias racistas; pero admite sin embargo que el hombre «puede tomar las riendas de la evolución humana» aunque sea con todas las responsabilidades del caso.

Creo que, más aún que en el caso precedente, debemos cuestionarnos sobre la posible relación de instrumentación de la persona humana a partir de su genoma; y con más evidencia todavía, no alcanzo a comprender cómo se puede lograr ese mejoramiento de las cualidades de la descendencia (aparte el caso de la terapia por añadidura) a nivel genético, sin intervenir en la línea germinal y sin pasar a través de la procreación «in vitro».

En este caso, todas las posiciones ético-deontológicas actuales, incluido el Documento del Comité Nacional de Bioética italiano, lo prohiben no sólo en sentido condicionado (porque en la actualidad una intervención semejante carece técnicamente de certeza y está cargada de enormes riesgos, incluso en el caso de que tenga una intención terapéutica), sino en sentido absoluto, por las limitaciones que impone el respeto a la identidad biológica del hombre. Y por lo que se refiere a la FIVET, hay que considerar todos los problemas éticos del caso.

Aparte las hipótesis de quimeras y clonaciones entre varios genomas humanos, que Cuyas condena también, creo que este tercer tipo de ingenierización de la descendencia lleva a crear una lógica de dominación sobre el que va a nacer y a incrementar la pretensión del hijo «construido», que cae fuera de la lógica del respeto de la alteridad y del don de la vida del que va a nacer.

El conferir al individuo humano cualidades ajenas a la especie humana mediante la ingeniería genética es una hipótesis sustancialmente alterante. Cuyas mismo la excluye en principio, siempre

---

[299] Pío XII, Discurso a los participantes en el «I^{O} Simposio internacional de Genética Médica», (7.9.1953), AAS, 1953, 44, pp. 596-607.

y cuando implique el asumir cualidades animales mediante hibridación; pero no descarta tal posibilidad en el caso de que

[252]

se trate de cualidades que no contrasten con el ser humano (la vista del águila, por ejemplo).

Por nuestra parte, creemos que, aparte lo que hemos dicho antes sobre los medios y los métodos para alcanzar este objetivo, subsisten las objeciones incluso en el plano del principio de igualdad entre los hombres; y viene muy a propósito sobre esto la advertencia de Juan Pablo II, que exhorta a dirigir la intervención de tipo genético «evitando manipulaciones tendentes a modificar el patrimonio genético y a crear grupos de hombres diferentes con el riesgo de provocar en la sociedad nuevas marginaciones»[300].

En la misma dirección se orienta la Resolución del Parlamento Europeo de abril de 1991[301] y el Documento del Comité Nacional de Bioética italiano al hablar de la intervención en la línea germinal[302].

El patentado de los resultados de las biotecnologías

Datos históricos

La patente industrial se configura en todas las legislaciones como un procedimiento apropiado para reconocer la propiedad intelectual del inventor sobre el resultado de la invención y garantizarle, al propio tiempo, una remuneración. Objetivo último de este reconocimiento es el de fomentar el desarrollo industrial. Las condiciones para que subsista la base jurídica para patentar inventos es que se trate de un producto nuevo, que implique una actividad de invención y que pueda tener una aplicación industrial[303], desde este punto de vista, la patente revela un valor comercial preciso y sanciona una propiedad, aunque la ley la limite a un número definido de años.

A partir de los años treinta y hasta los ochenta, la concesión del derecho a patentar estaba delimitada por la distinción entre lo vivo y lo no vivo: la patente podía ser solicitada y concedida sólo para inventos sobre la materia no viva. Es cierto también que hasta los años más recientes el progreso de las tecnologías biológicas era tan modesto que probablemente nadie pensaba en patentarlo. Se tiene noticia de que en

---

[300] JUAN PABLO II, Discurso a la Asociación Médica...
[301] PARLAMENTO EUROPEO, Resolución A2-327/91...
[302] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Terapia genica...
[303] BROVEDANI E., Il brevetto di organismi viventi ottenuti con l'ingegneria genetica. Aspetti scientifici, giuridici ed etici, «Aggiornamenti sociali», 1988, XXXIX, 4, pp. 245-259. El artículo aporta una amplia bibliografia.

1921 a un horticultor de Niza se le negó la patente de una hortaliza seleccionada (ocillet)[304]. La Convención de Munich sobre patentes europeas,

[253]
que entró en vigor el 1 de junio de 1978, excluye en el art. 53 el patentar razas animales y variedades vegetales, pero no productos obtenidos por procedimientos microbiológicos[305].

A partir de esa fecha comienza una evolución jurídica hacia la posibilidad de patentar y apropiarse del invento en el ser vivo. En Europa y en Estados Unidos se recorren dos caminos distintos.

En Europa se ponía en marcha el sistema del Certificat d'obtention végétale (COV), que aseguraba al titular el derecho exclusivo de producir, comercializar, importar material de reproducción y multiplicación vegetativa de la variedad producida por un periodo de 20-25 años. Este sistema, aplicado con frecuencia a los cereales, tenía como característica el que no impedía que el producto protegido fuera utilizado para sucesivas investigaciones e inventos.

Sin embargo, la Convención de Estrasburgo confirma en 1963 la posibilidad de patentar productos obtenidos mediante el empleo de microorganismos. Pero es sólo a partir de 1972 cuando se empieza a plantear el problema de la posibilidad de patentar la invención y construcción de los microorganismos mismos mediante la ingeniería genética.

En Estados Unidos, por el contrario, se procedía ya al reconocimiento de la posibilidad de patentar las plantas de ornato (Plant Patent Act) y en 1970 se tomaban otras medidas de reconocimiento para patentar especies vegetales[306].

El cambio en la concesión de patentes se produce cuando la patente se aplica a las biotecnologías, esto es, a los productos vivos, nuevos, obtenidos mediante una actividad inventora, aplicando las técnicas de ingeniería genética.

El hecho innovador se produce en Estados Unidos cuando, ya en 1972, una investigadora de la General Electric Co., Amanda M. Chakraharty, produce en laboratorio una cepa bacteriana del género Pseudomonas, capaz de degradar diversos componentes de hidrocarburos del petróleo, con la posibilidad de ofrecer un medio eficaz de descontaminación.

La compañía pidió la protección de patente sobre el invento a la «Oficina de patentes y marcas» de Washington, DC.

[304] CHEVALUER M.D., Rapport sur les applicatìons des biotecnologies à l'agriculture et à l'industie agroalimentaire, Paris 1990-1991, I, pp. 48-59.
[305] Ibid., p. 50.
[306] Ibid., pp. 51-52.

Dicha Oficina concedió la patente sobre la técnica empleada, pero no sobre el producto, la cepa de bacterias, basándose en la frontera entre lo vivo y lo no vivo[307].

Los abogados de la compañía recurrieron al organismo gubernamental superior, el Board of Patent Appeals and Interference, que acogió el recurso de los abogados

---

[254]

y consideró fundamentado el derecho a patentar. Intervino por último la Corte Suprema Federal estadounidense, la cual, por sentencia del 16 de junio de 1980, sancionaba la posibilidad de patentar microorganismos genéticamente manipulados. El principio innovador consistía en la superación de la frontera entre lo vivo y lo no vivo, y en la indicación de un nuevo criterio definido whether living or not, esto es, entre lo que vive y lo que no vive en la naturaleza. Una sentencia posterior del 3 de abril de 1987, ampliaba la posibilidad de patentar los organismos superiores pluricelulares (se trataba en ese caso concretamente de ostiones gigantes). Y desde entonces en Estados Unidos con esta extensión se acogió la posibilidad de patentar. Actualmente la CEE está elaborando una nueva normativa europea que se prevé habrá de atenerse a las mismas orientaciones, estableciendo los ulteriores confines que son de esperar para proteger al organismo humano.

Aspectos éticos

El primero y más importante requisito para garantizar su eticidad es que se excluya la posibilidad de patentar al ser humano, y que el respeto a su dignidad no sea nunca objeto de propiedad por parte de otros hombres. Poniendo a salvo esta norma fundamental, quedan por establecerse los requisitos de eticidad para poder patentar los demás organismos vivos. Algunos problemas planteados por este tipo de patente son de orden más bien metafísico-filosófico: el riesgo de fomentar una concepción materialista de la vida, de aumentar el arbitrio del hombre en relación con los demás seres vivos, de violar la integridad de las especies. Tales riesgos están propiamente vinculados con el contexto ideológico y cultural en el que se propone y lleva a cabo patentar nuevas especies vivientes. Otros problemas son de orden más puramente ambiental o social. Con referencia al contexto ambiental, surge la necesidad de estudiar a fondo el posible impacto de liberar en el ambiente microorganismos genéticamente modificados. Este aspecto de importancia ético-científica es, sin embargo, independiente de la

---

[307] BROVEDANI, // brevetto di organismi u'wenti..., p. 251; CHEVAUJER, Rapport..., pp. 52-53; OTA, New devehpments in Biotechnology. Patenting Life-Special Report, Washington (DC) 1989, april.

posibilidad de patentar, refiriéndose más bien a la liberación en el ambiente de dichos organismos, patentados o no[308].

Más numerosos son, en cambio, los problemas de orden ético-social. El «secreto industrial» amenaza con privar a la comunidad científica internacional de factores esenciales para su crecimiento, que son la posibilidad de debatir, confrontar y criticar las nuevas adquisiciones científicas[309]. El que sea posible patentar en ciertos países y en otros no, aumenta la situación de competitividad económica ya existente

---

[255]

en el plano internacional, pudiendo ahondar la desigualdad económica entre países industrializados y países en vías de desarrollo. La escasez de recursos económicos de las instituciones universitarias puede contribuir a que muchos investigadores se orienten hacia la industria privada buscando proteger las patentes. Esto, a la larga, podría posibilitar la instrumentación ideológica de los nuevos descubrimientos, haciendo que la investigación perdiera esos atributos de libertad e independencia que le son propios.

Concluyendo, se puede afirmar que se debe excluir la posibilidad de patentar al ser humano o sus partes, mientras que puede considerarse lícito patentar otros organismos vivos, con tal que se adopten las medidas jurídico-legislativas apropiadas para garantizar: un elevado nivel de libertad de la investigación científica; la cooperación económica a nivel internacional, poniendo atención especial a los países en vías de desarrollo, y el equilibrio ecológico. Las medidas adecuadas para afrontar las posibles degeneraciones en el plano ideológico (concepción materialista de la vida) son seguramente de tipo cultural y filosófico.

EL DIAGNÓSTICO PRENATAL

Abordamos este tema dentro de la genética, porque se trata de la utilización de la genética con fines de diagnóstico. Deseamos, además, reflexionar específicamente sobre el tema, porque no involucra solamente el examen genético, sino también algo con él vinculado si no necesariamente, sí con mucha frecuencia: el aborto de fetos deformes. Por otra parte, la fase de diagnóstico sólo en raras ocasiones (en el estado actual de los conocimientos y de los recursos de la medicina) se puede vincular con la fase terapéutica de las malformaciones y de los defectos de carácter cromosómico o genético; por lo que, una vez detectado el defecto, sigue planteándose en la casi totalidad de los casos

[308] OTA, New deuehpments in Biotechnology...
[309] BROVEDANI, Il breuetto di organismi uiuenti...

sólo una alternativa: o aceptar al que va a nacer con su deficiencia, o recurrir a la interrupción del embarazo. Por esta razón, no son pocos los que afirman, como veremos, que el examen genético o es inútil o abre la puerta al aborto; y en este razonamiento fundan, de hecho, la obligación moral de rechazar ese examen.

El examen genético prenatal se lleva a efecto en un periodo determinado del desarrollo fetal, en el feto mismo, para detectar si éste adolece de defectos o malformaciones que puedan influir en la vida futura. El caso más frecuente es el de la «trisomía 21», responsable del mongolismo, pero el espectro de las enfermedades diagnosticables se amplía cada vez más.

La práctica reciente de la FIVET, y en general de la procreación asistida, ha permitido hacer un diagnóstico en el embrión antes de la implantación —diagnóstico preimplantación— o en el embrión obtenido como consecuencia de un legrado del

---

[256]

útero para obtener un embrión precoz y su implantación sucesiva después de un examen genético (washing out)[310]. Basta, en efecto, con obtener una célula de un embrión incluso de 8 ó 16 células, para que se

[310] HERZENBERG L.A., BIANCHI D.W., SCHRODER J., CANN H.M., IVERSON G.M., Fetal cells in the blood of pregnant women: detection and enrichment by fluorescence-activated cell sorting, «Proa Natl. Acad. Sci.» USA, 1979, 76, p. 1453; COVONE A.E., MUTTON D., JOHNSON P.M., ADINOLFI M., Trophoblast cells in peripheral blood from pregnant women, «Lancet», 1984, 11, pp. 841-843; COVONE A.E., MUTTON D., VAN DAM M., JOHNSON P.M., ADINOLH M., Fetal lymphocytes and trophoblasts cells in the maternal circulation, Actas del International Symposium on: «Early Prenatal Diagnosis: Present and future», Ñapóles, 12-13.10.1984-, BUSTER J.E., BUSILLO M., RODI I.A., COHEN S.W., HAMILTON M., SIMON J.A., THORNEY CROFT I.N., Biologic and morphologic development of donated human ova recovered by non-surgical uterine lavage, «Am. J. Obst. Gynecol.», 1985, 135, pp. 211-217; SAIKI R.K., SHARF S., FALOONA F., MULUS K.B., HORN G.T., ERLICH H.A., ARNHEIM N., Enzymatic amplification of alpha-globin genomic sequences and restriction site analysis for diagnosis of sickle anaemia, «Science», 1985, 230, pp. 1350-1354; SAIKI R.K., BUGWAN T.L., HORN G.T., Mums K.B., ERUCH H.A., Analysis of enzymatically amplified B-globin and HLA-DOa Dna with allele specific oligo-nucleotide probes, «Nature», 1986, 224, pp. 165-166; KOGAN S.C., DOHERTY M., GITSCHER J., An improved method for prenatal diagnosis of genetic disease by analysis of amplified DNA sequences, «NEJM», 1987, p. 317; PENKETH R., Mc LAREN A., Prospects for prenatal diagnosis during preimplantation human development, «Bailiiere's Clin. Obst. Gynecol. », 1987, 1, pp. 747-764; BACCHUS C, BUSELMAIER W., Blastomere karyotyping and transfer of chromosomally selected embryos implications for the production of specific animal models and human prenatal diagnosis, «Hum. Genet.», 1988, 80, pp. 333-336; Li H, GYLLENSTEIN U.B., Cui X. et al., Amplification and analysis of DNA sequences in single human sperm and diploid cells, «Nature», 1988, 335, pp. 414-417; ADINOLH M., CAMPORESE C, CARR T., Gene amplification to detect fetal nucleated cells in pregnant women, «Lancet», 1989, 11, p. 328; HODGKINSON K.A., KERZIN-STORRAR L., WAITERS E.A., HARRIS R., Adult polycystic kidney disease: knowledge experience and attitudes to prenatal diagnosis, «J. Med. Genet.», 1990, 27, pp. 552-558; COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Diagnosi prenatali, pp. 16-19.

pueda efectuar un examen cromosómico o genético mediante sondas genéticas apropiadas[311]. El motivo que se aduce para hacer este tipo de diagnóstico es el seleccionar embriones afectados por enfermedades genéticas o para examinar el sexo cromosómico; el examen del sexo cromosómico, a su vez, puede estar motivado por la búsqueda de eventuales enfermedades genéticas ligadas al sexo cromosómico, o bien para seleccionar el sexo preferido.

El diagnóstico genético preimplantación se puede efectuar utilizando métodos invasivos o no invasivos. Los métodos no invasivos recurren al cultivo de blastocitos en un terreno artificial. De la composición del caldo de cultivo se obtienen datos que permiten analizar los procesos metabólicos del embrión sin alterar su integridad física.

Los métodos invasivos, en cambio, recurren a la obtención de una porción de tejido del embrión precoz —que, por lo que se sabe, no recibe daño alguno— o bien a la llamada «fisión gemelar». La fisión gemelar consiste en dividir al embrión de 4 u 8 células en dos: una parte es examinada y la otra crioconservada y eventual-mente implantada; mientras que la parte sometida a experimentación es eliminada

---

[257]

posteriormente. Como se sabe, en este perìodo es posible la gemelación gracias a la totipontecialidad de las células; razón por la cual también la implantación de una mitad del embrión puede desarrollar un individuo.

---

[311] JUUEN C, BAZIN A., GUYOT B., FORESTER F., DATTUS F., Rapid prenatal diagnosis of Down's syndrome with in situ hybridation of fluorescent DNA probes, «Lancet», 1986, n, pp. 863-864; PINKEL D.. STRAUMET., GRAY J.W., Cytogenetic analysis using quantitatiue, high sensitivity, fluorescence hybridation, «Proa Natl. Acad. Sci. USA», 1986, 83, pp. 2934-2938; EMBURY S.H., SCHARF S.J., SAIKI R.K., Rapid prenatal diagnosis of sickle cell anaemia by a new method of DNA analysis, «NEJM», 1987, 316, pp. 646-651; KOZMA R., ADINOLFI M., In situ hybridation and the detection of bio-tinylated DNA probes, «Mol. Biol. Med.», 1987, 4, pp. 357-364; COTTON R.G.N., RODRIGUES N., CAMPBELL R.D., Reactivity of cytosine and thymine in single-base-pair mismatches with hydroxyl-amine and osmium tetroxie and its application to the study of mutations, «Proa Natl. Acad. Sci. USA», 1988, 85, pp. 4397-4401; CREMER T., LICHTER P., BORDEN J., WARD D.C., MANUEUDIS L, Detection of chromosome aberrations in metaphase and interphase tumor cells by in situ hybridation using chromosome-specific library probes, «Hum. Genet.», 1988, 80, pp. 235-246; DILELLA A., HUANG W.M., Woo S.L.C., Screening for phenylketonuria mutations by DNA amplification with the polymerase chain reaction, «Lancet», 1988, 11, pp. 479-499; LICHTER P., CREMER T., BORDEN J., MANUEUDIS L, WARD D.C., Delineation of individual human chromosomes in metaphase and interphase cells by in situ suppression hybridation using recombinant DNA libraries, «Hum. Genet», 1988, 80, pp. 224-234; TRASK B., VAN DEN HENGH G, PINKEL D., MULUKIN J., WALDMAN H, VAN DEKKEN H, GRAY J., Fluorescence in situ hybridation to interphase cell nuclei in suspension allows flow cytometric analysis of chromosome content and microscopic analysis of nuclear organization, «Hum. Gen.», 1988, 78, pp. 251-254; HANDYSIDE A.H., PATTINSON J.K., PENKETH R., DELHANTY J.D.A., WINSTON R.M.L., TUDDENHAM E.G.D., Biopsy of human pre-implantation embryos and sexing by DNA amplification, «Lancet», 1989,1, pp. 347-349.

Dos son fundamentalmente las justificaciones éticas aducidas por quien practica el diagnóstico de preimplantación: se pretende «prevenir» el nacimiento de un sujeto enfermo, pudiéndose prevenir el aborto en un estadio postimplantación; esto, cuando el objetivo es conocer posibles defectos o anomalías. La otra justificación es la de responder al deseo de aquellas parejas que expresan una preferencia de sexo. Además de estas pseudojustificaciones declaradas, está la tenaz intención de experimentar en esta fase de preimplantación.

Aparte del juicio sobre la FIVET, que como veremos presenta numerosos problemas éticos, la selección de los embriones no cambia la gravedad, por más que se haga en un estadio precoz. La interrupción de una vida llevada a cabo en un estadio precoz o avanzado no cambia sustancialmente en cuanto al efecto real y en cuanto al juicio ético, sino sólo según quienes, siguiendo la llamada doctrina gradualista, consideran que el embrión precoz no es aún un individuo con el valor de persona humana[312].

---

[258]

También para el diagnóstico postimplantación en el feto, el problema ético fundamental, aunque no sea el único, es el del aborto selectivo: de todos es sabido que una respuesta afirmativa sobre la existencia de una enfermedad de origen genético, ahora que se ha legalizado el aborto voluntario, da lugar con mucha frecuencia, aunque no necesariamente, a la difusión del aborto selectivo.

Algunas leyes, como la italiana, enmarcan al aborto selectivo «formalmente» en la casuística jurídica de aborto «terapéutico», en cuanto que la existencia de la malformación o enfermedad del feto induciría un estado «patológico» de carácter psíquico en la madre. Pero este matiz encierra un artificio jurídico para situar al aborto selectivo, de tipo eugenésico, bajo la denominación de terapia constitucionalmente admitida, menos odiosa culturalmente hablando. Pero el hecho sigue siendo en esencia el rechazo de los fetos deformes y su selección, en la gran mayoría de los casos, debida a la malformación.

---

[312] SINGER, Practical Ethics; WARNOCK M., A Question of Life, The Warnock Report on Human Fertilization and Embryology, Oxford 1985; ENGELHARDT JR., The Foundations of Bioethics; MORI M., // feto ha diritto a la vita? Un'analisi filosofica dei vari argomenti in materia con particolare riguardo a quello di potenzialità, en LOMBARDI VALLAURI L. (coord.), // meritevole di tutela, Milán 1990, pp. 735-840; ID., Per un'analisi dei problemi morali relativi agli interventi che comportano la morte degli embrioni umani, en Atti del Convegno Intemazionale su: Quale statuto per l'embrione umano: Problemi e prospettive (Milán, enero de 1991), Milán 1992, pp. 75-91; SINGER P., DAWSON K., Individuals, Humans and Persons: the Issue of Moral Status, en AA.VV., Embryo experimentation, Londres 1990; MAFFETTONE S., // dibattito sull'embrione: riflessioni a margine del convegno di bioetica, «Notizie di Politeia», 1990, 6, 19, pp. 4-7; ID., Proposte per uno statuto morale e giuridico dell'embrione, en Atti del Convegno Intemazionale su: Quale statuto per l'embrione umano..., pp. 97-107.

Puede darse el caso, también, de que se organicen socialmente los servicios de «prevención», que de una forma intencional y programada pretendan fomentar esa selección, para evitar la carga económica y social que tales sujetos podrían comportar (screening). Por esta razón, el problema ético involucra a la familia, al profesional que hace el diagnóstico y que se ve implicado en un determinado procedimiento, y a la organización social de los servicios[313].

Para aclarar mejor estos agudos y complejos problemas éticos, procederemos a tratar brevemente los siguientes aspectos: la historia del diagnóstico genético y las indicaciones para el examen genético; los métodos y los procedimientos; los resultados post-análisis, y el problema ético.

Antes de analizar en particular cada uno de los aspectos, quiero decir, en aras de una información lo más completa posible, que los exámenes de diagnóstico prenatal se llevan a cabo también con otros métodos relacionados con la comprobación de patologías que no suponen necesariamente una causa genética, pero que se pueden poner de manifiesto «somáticamente».

La ecografia permite evidenciar malformaciones de tipo somático que, en gran parte, pueden afrontarse con terapias adecuadas en el nacimiento, e incluso en la fase intrauterina cuando se requiera anticipar la intervención y ésta sea posible.

En cualquier caso, la ecografia se utiliza asociada también con los diagnósticos de tipo genético en la fase de estudio del feto y de obtención de células o tejidos fetales.

---

[259]

Basándose en el empleo de los ultrasonidos, la ecografía no presenta en sí misma riesgos comprobados, aunque por prudencia y por razones de ética económica, normalmente —esto es, cuando no haya razones especiales—, se aconseja no efectuar más de dos o tres durante el embarazo.

Historia e indicaciones médicas

La práctica del diagnóstico genético prenatal (DGP) se inició hacia los años 1968-1969, una vez que se perfeccionaron las técnicas de

[313] Véase el tratamiento completo de esta materia en el número de la revista «Medicina e Morale», 184, 4, dedicado íntegramente a! tema; en especial véanse las colaboraciones de SERRA A., La diagnosi prenatale di malattie genetiche, pp. 433-448; CAFFARRA C, Aspetti etici della diagnosi prenatale , pp. 449-457; LEUZZI L., Indicazioni etiche per la diagnostica prenatale, pp. 458-463. Véase, además, también SERRA y cois., La diagnosi prenatale di malattie genetiche. Esperienze, prospettive e problemi, «11 progresso medico», xxxvn (1981), 15, pp. 1-18. El Comité Nacional para la Bioética ha publicado un amplio documento sobre Diagnòstico prenatal con fecha 18 de agosto de 1992.

cultivo de las células fetales suspendidas en el líquido amniótico para el estudio de los cromosomas (Klinger, 1965; Steele y Breg, 1966; Thiedey cois., 1966; Jacobson, 1967) y para la investigación bio-química (Nadler, 1968) en el estudio de las enfermedades metabólicas.

Cuando estas técnicas de cultivo y de análisis estuvieron disponibles, no fue difícil poner a punto las técnicas de amniocentesis para obtener el líquido amniótico en el que tales células se encuentran suspendidas; esto lo logró Garbie y cois, en 1971, y Scrimgeour en 1973. Por aquel entonces se perfeccionaban otras técnicas de estudio somático del feto mediante la ultrasonografía (Donald en 1969, Jouppila en 1971, Hansman en 1979) y la fetoscopia (Rauskolb en 1979, Scrimgeour en 1979)[314].

Cuando se trata de hacer un diagnóstico prenatal de tipo genético, especialmente si se prevé la utilización de técnicas de tipo cruento que, como veremos, comportan un margen de riesgo, está ética y deontológicamente prescrito que se realice sólo si existen motivos fundados, que en términos técnicos se llaman «indicaciones». La existencia o no de tales indicaciones se comprueba mediante la consulta genética, que precede a la intervención y analiza su fundamentación y necesidad. Proceder al examen mediante amniocentesis (o fetoscopia o pla-centocentesis, por ejemplo) sin la consulta genética previa, sólo por petición del paciente, sería en todo caso señal de insuficiente responsabilidad ética y deon-tológica.

Al término de la Reunión Internacional de Val David, celebrada en Quebec en 1979 sobre el diagnóstico prenatal, se elaboró un cuasi código deontológico para garantizar la libertad de la mujer de acceder o no al diagnóstico prenatal y para definir las indicaciones aludidas[315]. Debemos explicar brevemente cuáles son estas indicaciones, comprobadas con razones objetivas.

La primera indicación, ensimisma suficiente, es cuando la edad de la madre supera los 36 años. La razón es que

---

[260]

«el riesgo de detectar en un feto de 16-20 semanas una anomalía cromosómica asociada a serias condiciones patológicas aumenta con la edad de la madre, subiendo del 0.9 por ciento para las madres de 35-36 años, al 8.2 por ciento para madres de 45 años. Considerando, entonces, importante un riesgo superior al 1 por ciento, se habría de proponer la indicación de diagnóstico citogenético prenatal a las madres que han cumplido los 36 años»[316].

La segunda indicación está representada por la presencia de un hijo, ya nacido en la familia, con trisomía 21 o síndrome de Down

---

[314] Para los aspectos históricos y técnicos nos remitimos al estudio de SERRA y cois., La diagnosi prenótale... Esperienze...

[315] SERRA, La diagnosi prenótale..., p. 447.

[316] SERRA y cois., La diagnosi prenótale... Esperienze..., p. 2.

(mongolismo). En este caso se puede correr el riesgo de que sobrevenga otro nacimiento de un sujeto afectado por el mismo síndrome, o con trisomía 18 u otras anomalías cromosómicas. El riesgo en estos casos es del 1.4 por ciento, en la totalidad de las anomalías posibles en una familia en la que existe ya un sujeto con síndrome de Down. Cuando se trata de otros familiares muy cercanos, las estadísticas no confirman la existencia de este riesgo.

Una tercera indicación lo representa la presencia en uno de ¡os padres de una aberración cromosómica estructural equilibrada. El caso se verifica cuando en los padres, en uno de ellos, se tiene una anomalía cromosómica debida a translocación (esto es, una dislocación o fragmentación espontánea y una sucesiva recombinación de segmentos cromosómicos); si esa translocación está equilibrada, en el progenitor no se evidencia ninguna malformación fenotípica o funcional, pero en los descendientes se verifica un riesgo, no sólo de tener idénticas translocaciones balanceadas (40-70 por ciento de riesgo), sino también de tener graves anomalías no compensadas o desequilibradas, con las consiguientes patologías en el que va a nacer. Este último riesgo varía según se trate del padre o de la madre: en caso de que sea la madre la portadora, el riesgo es más alto, pudiendo elevarse hasta el 12-16 por ciento. La tasa de riesgo es relativa también respecto del tipo de translocaciones. De todos modos, en este tipo de situaciones se tiene precisamente una indicación válida para el diagnóstico genético prenatal.

La cuarta indicación está representada por la presencia de un hijo, ya nacido, afectado por un trastorno metabóhco, o bien si se da el caso de que uno de los progenitores sea portador (heterocigoto) del gen responsable de ese trastorno. También en este caso el riesgo de recurrencia es alto (cerca del 25 por ciento).

La quinta indicación está constituida por la presencia de un hijo ya afectado por hemoglobinopatía grave, en especial la drepanocitemia y la alfa-o beta-talasanemia, o por padres portadores heterocigotos del gen de la enfermedad. El riesgo de recurrencia según las estadísticas mundiales de 1978 es en estos casos del 23.7 por ciento.

---

[261]

La sexta indicación la constituye la presencia de un hijo ya afectado por una enfermedad asociada al cromosoma X, o de una madre portadora (heterocigoto) del gen interesado. Las enfermedades de este tipo diagnosticables con certeza en útero son, por ejemplo, la enfermedad de Fabry (deficiencia de Alfagalactosidasa A), la enfermedad de Hunter (deficiencia de sulfo-L-hiduronida-sulfatasa) y la enfermedad de Lesh-Nyhan (deficiencia de hipoxantina-guanina-fosforribosil-transferasa). El riesgo de recurrencia de estos casos gira en tomo al 46 por ciento.

La séptima indicación está representada por la presencia de un hijo con grave defecto de oclusión de! tubo neural. La malformación comporta

habitualmente anen-cefalia o la espina bífida. La incidencia de la recurrencia en estos casos varía del 3.4 por ciento al 5.5 por ciento, según las estadísticas conocidas y más confiables.

Estas son las indicaciones oficialmente reconocidas; puede haber otras situaciones que podrían tomarse en consideración, como, por ejemplo, la exposición prolongada a radiaciones ionizantes o a mutágenos químicos.

La existencia de estas indicaciones se comprueba durante la conversación que, en consecuencia, se hace éticamente necesaria, antes de llegar al diagnóstico genético propiamente dicho.

La consulta genética tiene por finalidad, pues, comprobar la existencia de la indicación, y como objetivo, proporcionar todos los datos sobre los riesgos, los problemas y los límites de los exámenes requeridos, de manera que el solicitante llegue a conocer todos los factores concernientes a su solicitud. En la experiencia referida por el Prof. A. Serra relativa a la actividad del Servicio de Citogenética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica en los años 1977-1980[317], la conversación concluye con la firma de un formato en el que el solicitante reconoce haber sido informado acerca de los elementos fundamentales y de los riesgos inherentes al examen.

Desde la perspectiva del juicio ético global sobre la práctica del DGP, es importante hacer notar que de la misma experiencia que acabamos de citar se concluye que el 28.5 por ciento de las personas que solicitaron el examen desistieron, después, de la consulta: esto se debe tanto al hecho de que las solicitudes a menudo son consecuencia de una información superficial o inadecuada sobre la necesidad del examen, cuanto a las convicciones éticas de no querer tomar en consideración, en cualquier caso, la eventualidad del aborto como hipótesis subsiguiente al examen, aceptando, por lo demás, manejar **el** embarazo sin angustias**.**

---

[262]

Métodos y procedimientos técnicos

Las técnicas actualmente utilizadas para el diagnóstico prenatal en general[318], son las siguientes:

a) La ecografia: se sirve de los ultrasonidos; no es una técnica traumática o invasiva, ni parece perjudicial si se usa dentro de ciertos límites, que se aconsejan generalmente en términos de dos o tres veces durante cada embarazo.

---

[317] Ibi, p. 7.

[318] Para una exposición exhaustiva de las técnicas y de la problemática relativa a los diversos métodos, véase D'ALTON M.E., DE CHERNEY A.H., Prenatal diagnosis, «NEJM», 1993, Jan. 14, 120; LOVERRO G., SELVAGGI L., BOSCIA F.M., Procedure d'indagine prenatale: significato diagnostico e pericolosità, «Medicina e Morale»1984, 4, pp. 464-487; MANTEGAZZA F., Tecnologie per la diagnosi prenatale, «Medicina e Morale», 1982, 1, pp. 72-75.

Este límite a menudo se sobrepasa cuando existen razones de carácter médico. La técnica no revela anomalías genéticas o cromosómicas, sino sólo malformaciones somáticas externas o estructurales, para las cuales se puede disponer una terapia en fase neonatal; aunque no está lejano el día en que se puedan efectuar intervenciones quirúrgicas intrauterinas.

Dada esta finalidad preponderantemente terapéutica, sólo en raras ocasiones la ecografia se vincula con el aborto[319].

b) La fetoscopia: es una técnica «invasiva» y consiste en introducir en el útero el fetoscopio, constituido por fibras ópticas, para observar la conformación somática cuando no resulta suficiente la ecografia, o para poder obtener muestras de sangre del feto mediante punción de un vaso del corion o bien del cordón umbilical, o también para extraer tejidos fetales a fin de proceder a exámenes de enfermedades genéticas. Se actúa en un periodo comprendido entre la 18ª y la 20ª semana.

La fetoscopia puede utilizarse también para aplicar terapia intrauterina (digitálicos, diuréticos, etcétera). Comporta muchos riesgos para la interrupción del embarazo y por el aumento de la incidencia de partos prematuros, asi como por la isoinmunización de la madre con Rh negativo. La incidencia de abortos varía según la especialización de los centros que la practican. Los mayores porcentajes superan el 2 por ciento dentro de las cinco primeras semanas. El aumento de partos prematuros es del 8 por ciento. Otros calculan un riesgo promedio del 6 por ciento[320].

---

[263]

c) La placentocentesis: es una técnica invasiva con la cual se trata de extraer la sangre fetal del corion, mediante la punción de la placenta, para el examen genético. Puesto que a menudo se obtiene sangre fetal contaminada con la materna, se ha de repetir varias veces. Comporta un alto riesgo de interrupción del embarazo (del 7 al 10 por ciento), por lo que hoy está en desuso y suele ser sustituida por la

[319] AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, Ultrasound pregnancy (Technical Bulletin, n. 116), Washington (DC), 1988, pp. 1-3; CAMPBELL S., PEARCE J.M., Ultrasounds visualizaron of congenital maìformations, «British Medicai Bulletin», 1983, 39, pp. 322-333.

[320] LOVERRO, SELVAGGI, BOSCIA, Procedure d'indagine..., p. 473; RODECK C.M., Fetoscopia e prelievo di sangue fetale, en G. CANDIANI E. y cois., La diagnosi prenatale dei difetti congeniti, Atti del 5° Corso Nazionale di Aggiornamento in Medicina Prenatale, Palermo 1981, pp. 273-280; SERRA, La diaanosi Drenatale.... D. 441.

fetoscopia. De todos modos, he podido leer investigaciones sobre la talasanemia en el que este método se sigue empleando todavía[321].

d) La extracción de ¡as vellosidades codales (CVS, por sus siglas en inglés): con esta técnica se intenta hacer más precoz el examen genético (generalmente entre la 8ª y la 11ª semana, y últimamente en la 6ª semana) para hacer más «aceptable», según se dice, la eventual elección de interrupción del embarazo; consiste en extraer tejidos directamente del feto, con ayuda de la fetoscopia y la ecografía, para proceder a los exámenes genéticos sub-siguientes. Comporta un riesgo aún más alto de interrupciones del embarazo. Algunos centros registran un porcentaje del 4-5 por ciento de interrupciones como consecuencia de la extracción de las vellosidades; otros, incluso, un porcentaje del 6 por ciento y hasta del 8-10 por ciento[322]. Este porcentaje hace que la técnica presente muchos problemas desde el punto de vista ético, a pesar de que su utilización se está difundiendo cada vez más, por la razón ya citada de permitir el examen en una fase muy temprana de la vida del feto.

Aunque algunos han dado un porcentaje más bajo de interrupciones provocadas por CVS, calculando la tasa de abortividad natural teórica en este periodo de embarazo[323], este tipo de ética deducida del promedio estadístico no es válida para justificar los abortos que de hecho están ligados al empleo de la técnica.

Los exámenes genéticos, una vez obtenidas la sangre y las células fetales, consisten en aplicar tratamientos bioquímicos, citogenéticos y, más **re**cientemente,

[264]

también moleculares para explorar el DNA mediante «sondas genéticas marcadas», según las técnicas de la ingeniería genética.

Hay que decir también que, aun siendo tan elaborados estos análisis, es posible cometer errores en un cierto porcentaje (0.3-0.5 por ciento). De la explicación de estas técnicas se deduce ya que algunas de ellas —especialmente la obtención de las vellosidades coriales, aunque también la fetoscopia y la placentocentesis— comportan una alta tasa de

---

[321] ANGIONI G., MARCELLO C. y cois., Obstetric considerations of 700 placentocentesis for the prenatal diagnosis of omozygous beta-talassemia, «Journal Foet. Med. », III, 1983, pp. 25-27.

[322] MEDICAL REASEARCH COUNCIL (MRC). Working Party on the evaluation of chorion villus sampling MRC European Trial of chorion villus sampling, «Lancet», 1991, 337, pp. 1491-1499; JACKSON L.G., WARNER R.A., BARR M.A., Safety of chorionic villus biopsy, «Lancet», 1986, marzo 22, p. 674; HOGGE W.A., SCHONBERG S.A., GOLBUS M.A., Prenatal diagnosis by chorionic villus sampling-. lessons of the first 600 cases, «Prenatal diagnosis», 1985, 5, pp. 393-400; SIMONI G., GIMELU G., CUOCO C. y cois., First trimester fetal karyotiping: one thousand diagnosis, «Human Genetics», 1986, 72, pp. 203-209. En este informe se dan los resultados acerca de abortos inducidos por el Centro de Milán (8.3 por ciento) y de Genova (10.2 por ciento).

[323] S. CALISTI, Diagnosi prenótale e possibilitá terapeutichechirurgiche, «Medicina e Morale», 1984, 4, pp. 493-497.

riesgo y plantean un problema ético sobre la licitud de su empleo, en tanto la experiencia adquirida en el animal no permita una tasa de riesgo aceptable. De hecho, el perfeccionamiento de las técnicas se logra mediante su utilización en el hombre mismo, procedimiento experimental que es éticamente incorrecto.

e) La amniocentesis: es la práctica más utilizada y a ella nos referimos al hablar específicamente del diagnóstico genético.

El diagnóstico genético prenatal comporta tres momentos sucesivos: la fase de extracción (generalmente la amniocentesis, como acabamos de decir), la investigación citogenética y la investigación bioquímico-genética. A continuación describimos brevemente cada una de las fases.

La amniocentesis consiste en extraer 15-20 mi de líquido amniótico, en el que están presentes células fetales de descamación; esta intervención se lleva a cabo entre la 15ª y la 18ª semana después de la última menstruación, preferiblemente en la 16ª, mediante aspiración con ayuda de la ultrasonografía, técnica con la que es posible ver al feto en este periodo y extraer el líquido con un mínimo de riesgo. La intervención requiere de un dia de recuperación y se realizar tras administrar previamente a la mujer fármacos betamiméticos que tienen un efecto relajante sobre el útero en el momento de la extracción del líquido, reduciendo al mínimo las contracciones. Recientemente se ha puesto a punto una técnica de amniocentesis precoz, que tiene la peculiaridad de poderse extraer el líquido amniótico antes de la 15ª semana de embarazo.

Como acabamos de decir, el riesgo de que se provoquen abortos involuntarios es del 0.5-1.5 por ciento[324], lo cual se puede considerar como aceptable. Para la amniocentesis precoz, en cambio, el riesgo de pérdida fetal es mayor[325]. A veces es necesario repetir la intervención de extracción del líquido y esto, eventualmente, se hace pasados 15 días desde la primera.

---

[265]

Evidentemente, estos resultados varían en función de la competencia y experiencia del que practica la intervención.

El segundo momento del análisis consiste en la investigación citoge-nética de las células pertenecientes al feto y presentes en el líquido amniótico. Se trata de células derivadas del tejido epitelial o de tractos gastrointestinales o urogenitales del feto mismo. Se separan las células mediante centrifugación y se someten a un tratamiento de cultivo que requiere de 13 a 15 días, a fin de poder reconocer y poner en evidencia sus cromosomas.

[324] TABOR A., PHIUP J., MADSEN M., BANG J., OBEL E.B., NORGAARD-PEDERSEN B., Randomized controlled trial of genetic amniocentesis in 4604 low-risk women , «Lancet», 1986, 1, pp. 1287-1292.

[325] CHOC- V., Early amniocentesis, «Lancet», 1991, 338, pp. 750-751.

Llegados a este punto, se puede comprobar si ha fallado la extracción y si hay que repetirla. Así, la observación de los cromosomas puede poner en evidencia, en caso de que el cultivo halla tenido éxito, la presencia de las anomalías atribuibles a ellos. Pero en un cierto número de casos este examen es sustituido o integrado con la investigación bioquímico-genética, porque la deficiencia no se busca en la forma de los cromosomas. Se requieren dichos exámenes bioquímico-genéticos para poner de relieve en el feto algunas deficiencias del sistema nervioso central, o bien cuando se trata de errores congénitos del metabolismo.

El examen bioquímico manifiesta la presencia en el líquido amniótico de células que denuncian los daños y deficiencias antes citados, según un experimento de laboratorio convalidado y determinado, internacionalmen-te reconocido.

f) La Cordocentesis: es la punción ecoguiada del cordón umbilical, preferiblemente a nivel de la vena[326]. Por esta razón es también una técnica invasiva. La obtención de la muestra se efectúa generalmente en torno a las 18 semanas de gestación. Permite adquirir informaciones de diagnóstico importantes para el bienestar fetal y, en ciertos casos, constituir un medio para aportar terapias intravasculares al feto.

La pérdida de fetos observada oscila entre el 0.5 y el 10.9 por ciento[327]. Complicaciones de este método, aunque raras, son la bradicardia fetal, la taquicardia transitoria y la hemorragia cordonal. Indicaciones para la cordocentesis (o funiculocentesis) son la isoinmunización Rh; la infección por citomegalovirus; patologías hemocoagulantes (trombocitopenias

---

[266]

aloinmunes y autoinmunes, si hay una anterior esplenectomía materna); un retraso del crecimiento intrauterino, y las malformaciones (para efectuar el cariotipo fetal)[328].

Los resultados y logros después del examen genético

---

[326] DAFFOS F., CAPELLA-PAVLOWSKY M., FORESTIER F., A new procedure for fetal blood sampling in útero: preliminary results of fifty-three cases, «Am. J. Obst. Gynecol.», 1983, 146, pp. 985-987; WEINER CP., Cordocentesis, «Obst. Gynecol. Clin. North Am.», 1988, 15, p. 283-301.

[327] NICOLAIDES K.H., Cordocentesis, «Clin. Obst. Gynecol», 1988, 31, pp. 1213-135; DAFFOS F., CAPEL-LA-PAVLOWSKY M., FORESTIER F., Fetal blood sampling during pregnancy with use of a neddle guided by ultrasound. A study of 606 consecutiue cases, «Am. J. Obst. Gynecol.», 1985, pp. 655-660; WHITTLE M.J., Cordocentesis, «Br. J. Obst. Gynaecol.», 1989, 96, pp. 262-264.

[328] NOIA G., MASINI L., DE SANTIS M., DI LIETO M.P., TRIVELUNI C, BIANCHI A., CARUSO A., MANCUSO S., La cordocentesis: indicaciones, utilidad y riegos, «Medicina y Etica», 1992, 3, pp. 55 ss.

Es importante hacer notar lo que evidencian los exámenes genéticos llevados a cabo, después de haber comprobado que están indicados en el curso de la consulta: se trata de saber cuál es el porcentaje de respuestas tranquilizantes (negativas) respecto de las infaustas (afirmativas). Pero se trata también de conocer qué ocurre, estadísticamente hablando, en los casos en los que la respuesta del examen es afirmativa y manifiesta la presencia de una malformación o de una enfermedad grave. Todo esto es relevante a fin de poder dar un juicio ético. Sería superfluo recordar que en el caso de los exámenes genéticos nos encontramos en el ámbito de enfermedades generalmente incurables hasta este momento. Por el contrario, en caso de malformaciones simplemente somáticas, evidenciadas por otros procedimientos como la ecografia —tales como malformaciones cardiacas, renales, la presencia de hernias, etcétera—, se puede intervenir con la cirugía neonatal, y entonces la conexión con el aborto es de hecho más rara[329].

Sin embargo, algunas malformaciones debidas a defectos genéticos, concretamente la espina bifida y la hidrocefalia, que habitualmente se asocian entre sí, pueden tener un tratamiento terapéutico quirúrgico en los primeros días de vida con buenos resultados no sólo de supervivencia, sino de calidad de vida[330]. Lo cual significa que en este último caso las posibilidades abiertas, teóricamente, después del diagnóstico no se limitan únicamente a la hipótesis abortista, o bien a aceptar simplemente que nazca un sujeto deforme (o afectado por una enfermedad genética), sino que se abre también la hipótesis terapéutica; este hecho reviste gran importancia desde el punto de vista del juicio ético sobre la posibilidad misma de practicar el examen genético por parte de quien en conciencia no acepta la hipótesis del aborto como solución. Se espera que con el progreso científico, sea cada vez más frecuente la posibilidad de hacer seguir la terapia al diagnóstico genético.

Reseñamos a continuación el resultado publicado por A. Serra y colaboradores, respecto de la actividad del Centro ya citado de la Universidad Católica, referida

---

[267]

a 304 embarazos en los que se llevó a cabo el diagnóstico prenatal; estudio que nos permite evaluar los resultados en orden a la incidencia de nacimientos normales y anormales. Otro elemento importante lo representa la incidencia de abortos espontáneos subsiguientes al

[329] CAUSTI A., Diagnosi prenatale e possibilità terapeutiche chirurgiche, «Medicina e Morale», 1984, 4, pp. 493-497.

[330] DI ROCCO C, Problemi decisionali relativi al trattamento chirurgico delle malformazioni
congenite del Sistema Nervoso Centrale, «Medicina e Morale», 1984, 4, pp. 488-492.

diagnóstico. Todos estos datos son indispensables para comprender las implicaciones de orden moral, especialmente por lo que se refiere a quien diagnostica, que está llamado a ejercer su profesionalismo y que, a! mismo tiempo, es consciente del valor de la vida fetal, incluso de la afectada por una enfermedad o por malformaciones. He aquí, pues, el resultado estadístico de esta experiencia que hemos tomado como ejemplo a manera de guía[331].

CUADRO 1. **Resultado de los embarazos en madres** en **las que se llevó a cabo el DGP**

Resultados	número	porcentaje
-Diagnósticos realizados	304	100.00
-Abortos inducidos por DGP desfavorable	6	1.97
-Abortos espontáneos dentro de la 21ª semana	6	1.97
-Nacidos entre la 21⁸ y la 25ª semana*	9	2.96
-Nacidos prematuramente	3	0.99
-Nacidos a término		
normales	280	92.11
varones	135	44.41
mujeres	145	47.70

De los nacidos entre la 21ª y la 25ª semanas: 8 fallecidos (7 normales y 1 deforme); 1 vivo normal.

Se llevaron a efecto 304 diagnósticos: los nacidos a término normales fueron 280 (92.11 por ciento), de los que 145 fueron mujeres (47.70 por ciento) y 135 varones (44.41 por ciento). Los nacidos prematuros fueron 3 (dos mujeres normales vivas y una mujer normal fallecida); los abortos inducidos por DGP desfavorable fueron 6 (1.97 por ciento); los abortos espontáneos dentro de la 21ª semana fueron también 6 (1.97 por ciento); los nacidos entre la 21ª y la 25ª semana desde la amniocentesis fueron 9 (2.96 por ciento), de los cuales 8 normales (7 fallecidos y 1 vivo) y 1 con malformaciones[332].

El ejemplo estadístico muestra el porcentaje de abortos provocados (6 de 304 diagnósticos llevados a cabo) y pone también en evidencia el porcentaje de riesgo implícito en la práctica de la amniocentesis, la cual puede provocar tanto abortos espontáneos como nacimientos prematuros.

---

[268]

[331] SERRA y cois., La diagnosi prenatale... Esperienze..., p. 14.

[332] Citamos los resultados del artículo citado de SERRA y cois., ibi.

Si se compara esta estadística con otras a nivel internacional, podemos seguir obteniendo algunos otros datos. Las interrupciones voluntarias del embarazo como consecuencia de la respuesta desfavorable del DGP fueron el 4.8 por ciento (268 de 5,633) en la experiencia europea-hasta 1976 (Galjaard, 1976); el 5.4 por ciento (55 entre 1,020) en la experiencia canadiense (Simpson y cois., 1976); el 2.8 por ciento (152 entre 5.439) en la experiencia alemana (Stengel-Rutkowski y cois., 1972); el 3.5 por ciento (106 entre 3,000) en la experiencia estadounidense (Golbus y cois., 1979); el 2.8 por ciento (85 entre 3,000) en la experiencia australiana (Daniel y cois., 1982), y el 2.7 por ciento (53 entre 20,36) en una experiencia inglesa (Squire y cois., 1982).

Estos porcentajes se vuelven cada vez más altos en algunas categorías de errores cromosómicos con riesgo asociado, especialmente en el caso de trastornos metabólicos y hemoglobinopatías (25 por ciento) y en los trastornos asociados al cromosoma X (45 por ciento), en los cuales sólo se comprueba el sexo sin advertir la presencia o ausencia de la condición génica que daría origen a la enfermedad[333].

Indicaciones éticas sobre el diagnóstico genético prenatal

En el ámbito de los diversos tipos de diagnóstico prenatal, el que más problemas éticos presenta es el genético, por las razones que hemos expuesto ya: hasta ahora las enfermedades genéticas presentan escasas posibilidades de curación (hemos hablado ya de la malformación debida a la espina bífida) y, por tanto, es tan frecuente el inducir al aborto selectivo en caso de diagnóstico desfavorable, que hace pensar casi en una causalidad.

Dando esto por hecho, el problema ético no se plantea sólo respecto de la familia, sino también de los especialistas que colaboran en el diagnóstico; se trata de saber si, en efecto, esta forma de diagnóstico se convertirá o no en una colaboración en el aborto; se trata de un problema agudamente sentido por aquellos especialistas que, creyentes o no, son contrarios a la acción abortiva y, en especial, al aborto selectivo. A veces la vinculación entre el acto abortivo, en caso de un resultado desfavorable del diagnóstico, no sólo la establece la decisión de la familia, sino los programas que ha dispuesto la autoridad sanitaria local, presentándolos como «prevención» de las enfermedades genéticas.

Antes de exponer las orientaciones éticas en este campo, a la luz del reconocimiento de la dignidad del feto considerado en su realidad de sujeto humano, incluso cuando se presenta como portador de una malformación o una enfermedad, quiero reseñar las diversas actitudes de comportamiento que se han manifestado

[333] Respecto de esta última comparación, nos remitimos al trabajo de SERRA A., La diagnosi prenótale di malattie genetiche, p. 442.

[269]
en la literatura que aborda este tema, y adoptadas en la práctica en diferentes países.

1. Tenemos ante todo la posición de quienes, basándose en un razonamiento de costos-beneficios, dan por descontado que a estos sujetos no se les debe dejar vivir porque son un peso para las familias y para la sociedad, y afirman incluso que es inútil efectuar el diagnóstico genético prenatal, por el mismo principio de evaluación costos (y riesgos)-beneficios. Con el argumento de que el diagnóstico genético prenatal cuesta, y que en general implica riesgos para la madre en un cierto porcentaje de casos, se asienta que es más económico y menos peligroso llevar a término la maternidad y luego, en caso de una grave malformación, practicar la eutanasia neonatal, dejando de alimentar al recién nacido con el acuerdo de sus padres[334]. H. D. Aiken, el autor de esta teoría, expone claramente los motivos:

«El derecho a la supervivencia biológica depende enteramente de la capacidad del individuo en cuestión para llevar, con ayuda de los demás, una vida humana. Esto significa que en las circunstancias en que no exista una posibilidad de verdadera vida humana, el derecho a la supervivencia biológica o física pierde su razón de ser; y por tanto, la piadosa interrupción de esta vida es aceptable o quizás obligatoria. Hay que reconocer el derecho que los padres tienen de aceptar la carga de cuidar a un hijo que no tiene la capacidad de gozar de una vida humana (...) Pero cuando este cuidado perjudica seriamente al bienestar de los demás, este derecho debe ceder el lugar a otras exigencias más fuertes»[335].

No es frecuente poder leer afirmaciones tan claras y tan inhumanamente crueles. Es una teoría que alcanzó gran actualidad y difusión, en 1983, con el caso de Jana Joe, una niña nacida con espina bífida e hidrocefalia, y a la que se dejó morir privándola de alimento.

2. La segunda posición, común a la mentalidad de tipo empírico y utilitarista difundida un poco por todas partes, y no sólo en los países de lengua inglesa, podría resumirse con las palabras del genetista McIntyre, quien fue el primero en estudiar la posibilidad de cultivar las células in uitro suspendidas en el líquido amniótico: «A fin de prevenir el nacimiento de un niño terriblemente defectuoso y la destrucción emotiva

[334] AIKEN H.D., Life and the right to Ufe, en HLTON B., CALLABAN C, HARRIS M., CONDUFFE P., BERKELEY B., Ethical issues in human genetics, Nueva York 1973, p. 173; véase también SERRA A., Problemi etici della diagnosi prenótale, «Medicina e Morale», 1982, 1, pp. 52-61.

[335] SERRA, Ibi, p. 53.

y económica de la familia, entre dos opciones infelices es mejor el aborto»[336]. Aun reconociéndole al

[270]
feto, implícitamente, el derecho a la vida, se le subordina a la consideración de la calidad de la vida física del sujeto y de la estabilidad económica y afectiva de la familia.

3. La posición de las Iglesias protestantes, puesta de manifiesto por el Consejo Ecuménico de las Iglesias en 1981, se acerca mucho a la precedente: el derecho a la vida está subordinado a la calidad de la vida; cuando ésta sea gravemente deficiente, compete a los padres el derecho a pedir el aborto (derecho de los padres); pero esta posición se matizó dos años después, al apelar ya no al derecho de los padres, sino sobre todo a la libertad de conciencia y a la confrontación costos-beneficios, partiendo de la definición del feto como «personalidad potencial»[337].

4. Debemos registrar también la posición, más reciente, de algunos Movimientos por la Vida, especialmente en Estados Unidos, donde se ha difundido más ampliamente el aborto como consecuencia del diagnóstico prenatal; como reacción se sugiere rechazar simple y sencillamente el diagnóstico genético, porque o es inútil, o tiene por finalidad seleccionar a los fetos.

5. La quinta posición es la abierta al diagnóstico prenatal, pero bajo determinadas condiciones y a partir de la plena consideración personalista del feto y de la autonomía de conciencia del genetista, incluso ante la eventualidad del aborto solicitado por parte de la mujer y de la familia. Puesto que esta posición es la que consideramos más acorde con la solución del problema, aun cuando sea la más difícil de aplicar, queremos dedicarle una reflexión más amplia[338].

Esta posición da por sentado el hecho, biológica y racionalmente demostrable, de que el embrión o el feto es sujeto humano y goza de esa total dignidad y pleno derecho a la vida, que se deben reconocer a todo ser humano. El hecho de que el crecimiento y el desarrollo del sujeto no se hayan llevado todavía a cabo, puede permitir hablar de desarrollo potencial, pero no de personalidad potencial o de humanización potencial; en el embrión, como en el feto, existe ya una individualidad que, si se le deja vivir, realizará el desarrollo propio de la persona humana. Prescindiendo de cualquier reflexión filosófica sobre el momento de la animación y sobre las diversas teorías de la «personalidad», no cabe duda de que la realidad biológica, embrión o

---

[336] MacIntyre N.M., Professional responsability in prenatal genetic evaluation, «Birth Defects», Orig. Art. Series 8, 1972, p. 35, citado por Serra, en Problemi etici della diagnosi prenótale.
[337] Birth C, Abrecht P., Genetics and the quatity of Ufe, Oxford 1975.
[338] La posición ha sido elaborada también en el citado fascículo de «Medicina e Morale», 1984, 4, que recoge colaboraciones multidisciplinarias

feto, representa ese valor individualizado y fundamental, la vida, sin el cual no se da el sujeto humano; en esta realidad el

[271]
sujeto está biológica y ontològicamente definido y representa, por esto, el primer fundamento indispensable para la realización de todos los demás valores y derechos de la persona. La Iglesia católica, a través de la Declaración sobre el aborto provocado de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, precisaba ya en 1974 estos conceptos. Por lo demás, la posición de la Iglesia católica no presenta vacilaciones en condenar el aborto voluntario, tal como resulta a partir de una serie de documentos y pronunciamientos; pero esta posición está también racionalmente fundada[339].

El hecho de que el feto esté deforme y sea portador de una enfermedad incluso grave, no disminuye sino que agrava, en el plano objetivo, la ofensa a la vida y a la dignidad humana. Todas las Cartas internacionales que se refieren al reconocimiento de los derechos de los discapacitados afirman la plena dignidad del sujeto humano portador de alguna discapacidad en comparación con los sanos y, en todo caso, establecen además la necesidad de socorrer mayormente a quien es menos autónomo en su propia vida física. La selección de los fetos representa una orientación y la práctica de un dominio tan grande de los sanos sobre los que no lo están, que reviste la gravedad del racismo, aunque esté inspirada en el hedonismo.

Se ha observado acertadamente que afirmar un derecho a la calidad de la vida podría llevar a la eventualidad jurídica de que alguien que se reconociera en una condición de «vida limitada» denunciara ante los tribunales a aquellos otros (padres o personal sanitario) que no hubieran intervenido para suprimirla, solicitando en consecuencia la reparación de los daños[340].

En la Instrucción «Donum Vitae» de la Congregación para la Doctrina de la Fe se dan indicaciones precisas sobre la licitud del diagnóstico prenatal:

«Ese diagnóstico es lícito si los métodos utilizados, con el consentimiento de los padres debidamente informados, salvaguardan la vida y la integridad del embrión y de su madre, sin exponerles a riesgos desproporcionados. Pero se opondrá gravemente a la ley moral cuando contempla la posibilidad, en dependencia de sus resultados, de provocar un aborto: un diagnóstico que atestigua la existencia de una

---

[339] Véase CAPRILE G., Non uccidere, lì Magistero della Chiesa Cattolica sull'aborto, Roma 1973.

[340] SHAW W.H., To be or noi to be? That is the question, «American Journal of Human Genetics», 1984, 36, pp. 1-9, citado por SERRA, La diagnosi prenatale..., p. 445.

malformación o de una enfermedad hereditaria no debe equivaler a una sentencia de muerte»[341].

Del conjunto de estas premisas se deduce que no sólo comete un ilícito la mujer, o la pareja, que procede al examen genético habiendo decidido provocar el aborto

---

[272]

en caso de que haya una respuesta desfavorable, sino que actúa ilícitamente —y, objetivamente hablando, gravemente también— quien se asocia a esa decisión y colabora de manera consciente con ella.

Por tanto, el genetista que está llamado a desempeñar su labor profesional cometería un acto ilícito si supiera con certeza y con anticipación que esa acción suya iba a ser un acto de preparación del aborto. Viene aquí a colación el caso de la cooperación en una acción mala: no es ilícito sólo el hacer una acción mala, sino también el colaborar en ella.

Como se sabe, se puede cooperar con el mal formal o materialmente. La primera manera se da cuando existe una participación, no sólo en el plano de los hechos, sino también en el de la intención; la segunda se produce cuando se da una vinculación en los hechos, pero el que coopera podría o no conocer esa vinculación o, en todo caso, podría no haberla buscado ni querido ni causado. La colaboración material, a su vez, puede ser directa o indirecta (otros la llaman próxima o remota): en el primer caso, la acción del colaborador se hace una unidad operativa con la acción del agente principal; en el segundo caso, entre la acción del agente principal y la del cooperante se da un hiato que puede permitir una orientación múltiple en la actividad del agente principal y no una salida única e inevitable. En el caso de la colaboración indirecta, la acción del agente principal puede tomar distintas direcciones y no una sola según su propia decisión, con lo cual la acción del colaborador no está necesaria ni presuntamente vinculada. En sí, la colaboración de quien lleva a cabo el diagnóstico puede estar en esta última situación.

Sin embargo, los casos concretos del diagnóstico genético prenatal relacionados con la aceptación subsiguiente de la vida, pueden presentar situaciones diversas que a continuación vamos a resumir como sigue:

a) Puede darse el caso de que alguien comparta con la mujer que solicita el diagnóstico su intención de abortar; ésta, en la eventualidad de una respuesta desfavorable, manifiesta su voluntad decidida y explícita de abortar. Si el especialista que hace el diagnóstico comparte esta actitud, se da una colaboración formal: la acción es ilícita, e ilícitamente ambos la llevan a cabo. De hecho, si la acción abortiva depende de la

[341] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., I, 2; CATHOLIC COMMITTEE ON BIOETHICAL ISSUES, Antenatal Tests: what you should know, «Briefing 89», 1989, 3, pp. 50-56.

decisión de la mujer y no del diagnóstico, compartir las intenciones implica a los dos agentes en una única acción.

b) Puede darse el caso (y es el más frecuente) de que resulte imposible establecer con certeza cuál va a ser el comportamiento que la mujer adoptará después del diagnóstico prenatal, siendo imposible también preguntar a la mujer sobre su futuro comportamiento al respecto. Ante todo, cuando se inicia un diagnóstico no se conoce cuál será el resultado del mismo y de

---

[273]

hecho resulta que cerca del 94 por ciento de los diagnósticos dan una respuesta tranquilizante y negativa; además, la mujer, cuando está angustiada, no adopta una posición definitiva e incluso las afirmaciones más duras y negativas no se deben considerar irrevocables. Finalmente, desde el punto de vista objetivo, la acción del que diagnostica no está directamente vinculada con el resultado abortivo; la mujer podría aceptar siempre, especialmente si se le ayuda, al que va a nacer aunque éste tuviera alguna malformación, y la decisión de abortar no surge necesariamente del diagnóstico. Interrogar a la mujer sobre cuál podría ser su actitud en caso de que la respuesta fuera desfavorable, no resulta una hipótesis practicable, porque se podría inducir a una posición de hipocresía y, además, es difícil prever un estado de ánimo antes de que se establezcan sus condiciones reales.

c) Otra situación es cuando, prescindiendo de la intención y buena voluntad del especialista, existe ya un programa prefijado y preestablecido en el plan puesto en marcha por las estructuras sanitarias, por el cual, en caso de que el diagnóstico sea desfavorable, la interrupción del embarazo está prevista por el programa que la mujer ha aceptado de hecho.

En este caso de rastreo, seguido de la interrupción voluntaria del embarazo (IGE) programada, el que el especialista dé su colaboración es colaborar directamente en el programa establecido, lo cual equivale a cometer una acción ilícita por parte de quien está obligado a respetar la vida del que va a nacer. A este respecto, la condena de la Instrucción citada es tajante:

«Se debe condenar, como violación del derecho a la vida respecto del que va a nacer y como prevaricación sobre los derechos y deberes prioritarios de los cónyuges, una directriz o un programa de las autoridades civiles y sanitarias o de organizaciones científicas que, de cualquier manera, favoreciera la vinculación entre diagnóstico prenatal y aborto o bien incluso indujera a las mujeres gestantes a someterse al diagnóstico prenatal planificado con objeto de eliminar a los fetos afectados o portadores de malformaciones o enfermedades hereditarias»[342].

---

[342] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., n. 2.

Como decíamos antes, el segundo caso que acabamos de recordar es el más frecuente: después de la consulta, alrededor del 20 por ciento de las mujeres renuncian a llevar a cabo el diagnóstico reconociendo que no hay razón para preocuparse; mientras que muchas otras, la mayor parte (más del 90 por ciento) se tranquilizan después de hacer el diagnóstico, puesto que, como hemos visto, éste da un alto porcentaje de respuestas tranquilizadoras. El porcentaje de mujeres que reciben respuestas desfavorables puede encontrar ayuda en el equipo del

---

[274]
consultorio genético que le permitirá afrontar la decisión con responsabilidad[343]. Para que el especialista pueda sentirse de acuerdo con el deber y el respeto de la vida en los casos en que todavía la mujer no haya tomado una decisión ni en sentido abortista ni en sentido antiabortista, pero también en los casos en que la mujer se muestre inclinada a abortar, deberá hacer presente a la mujer misma no sólo la verdad del diagnóstico realizado, sino también ¡a verdad integral en relación con la vida del feto; esto es, que se trata de un ser humano que puede ser ayudado, indicando igualmente los medios de apoyo, las ayudas sociales y las estructuras disponibles para acoger favorablemente la vida del que va a nacer.

Una eventual elección negativa de la mujer (en pro del aborto) la debería sentir y vivir el genetista que sea respetuoso de la verdad y de la vida del que va a nacer, como el cirujano siente y vive el fracaso eventual de su intervención quirúrgica al morir el paciente como consecuencia de esa intervención en la que empeñó todos sus recursos para salvarlo. En este caso la elección negativa recaería enteramente en la mujer o la pareja que se decida por la interrupción y la muerte tras haber solicitado conocer el estado de salud del que va a nacer; tras conocer la verdad científicamente comprobada, y después de contar con el auxilio necesario para aceptarlo obligadamente. Estamos hablando de una responsabilidad tan grave objetivamente como grave es suprimir la vida de una persona inocente.

Se trata, para el científico, de ayudar al encuentro entre la verdad y la vida: es una función que no puede desempeñarse con aséptica neutralidad, aunque se tenga que respetar la libertad ajena. Porque, como explicábamos en el capítulo sobre los principios de la bioética, el respeto obligado a la libertad ajena no puede justificar ni comportar el abdicar de la propia libertad y responsabilidad. Verdad científica y valores de la vida humana, libertad y responsabilidad, conciencia del paciente y conciencia del médico son los términos fundamentales del actuar ético

---

[343] Véanse las colaboraciones de CAFFARRA C. y LEUZZI L. en el fascículo citado de «Medicina e Morale», 1984, 4, así como el «Editorial» del mismo firmado por E. SGRECCIA.

del médico, y todos están implicados en este complejo y delicado problema. Por esto lo hemos definido casi como emblemático en el campo de la bioética.

Al concluir su labor el 9 de febrero de 1987, la comisión ministerial establecida a propósito por el Ministerio de Sanidad (decreto del Ministro Degan del 13 de septiembre de 1985), daba como orientaciones los siguientes principios generales:

«La Comisión,

— establecido que en la ética común a los países civilizados y en el ordenamiento jurídico italiano está reconocido en principio el derecho del individuo humano concebido a la vida y a la salud;

---

[275]

– establecido que «curar» o «prevenir» suprimiendo la vida en desventaja es una derrota para la humanidad, además de para el progreso científico, tanto en el plano de la terapia orgánica como en el del apoyo psicológico;

– considerando que el diagnóstico prenatal puede tranquilizar en la mayoría de los casos a la madre y a la pareja, y que incluso en caso de un resultado infausto deja siempre abierta la posibilidad de intervenciones terapéuticas o de apoyo;

– expresa su parecer positivo, en principio, sobre la promoción de la investigación y de los servicios de diagnóstico prenatal con una finalidad terapéutica;

– solicita que el diagnóstico vaya acompañado obligatoriamente, por parte del personal sanitario, y a tenor también de los arts. 1; 2/d y **5** de la Ley 194, 22.5.1978, de una indicación exhaustiva de las formas de asistencia pública o privada y de voluntariado existentes en favor de los niños con discapacidad o malformaciones y de sus familias, en el marco de una actitud general de acogida responsable y solidaria de la vida humana iniciada, por parte de la profesión médica y de la comunidad civil;

– solicita, igualmente, que en este marco se fomente el diagnóstico prematrimonial y preconceptivo, y más en general se tome o se potencie cualquier iniciativa oportuna que busque una cultura —técnica y civil— propicia para el reconocimiento del valor fundamental de la vida;

– considera que los principios arriba enunciados deben ser confirmados legislativamente y no confiados únicamente a los Comités éticos que decidirían caso por caso, al ser esos principios independientes de la evolución, aunque sea rápida, de las técnicas de diagnóstico y terapéuticas»[344].

---

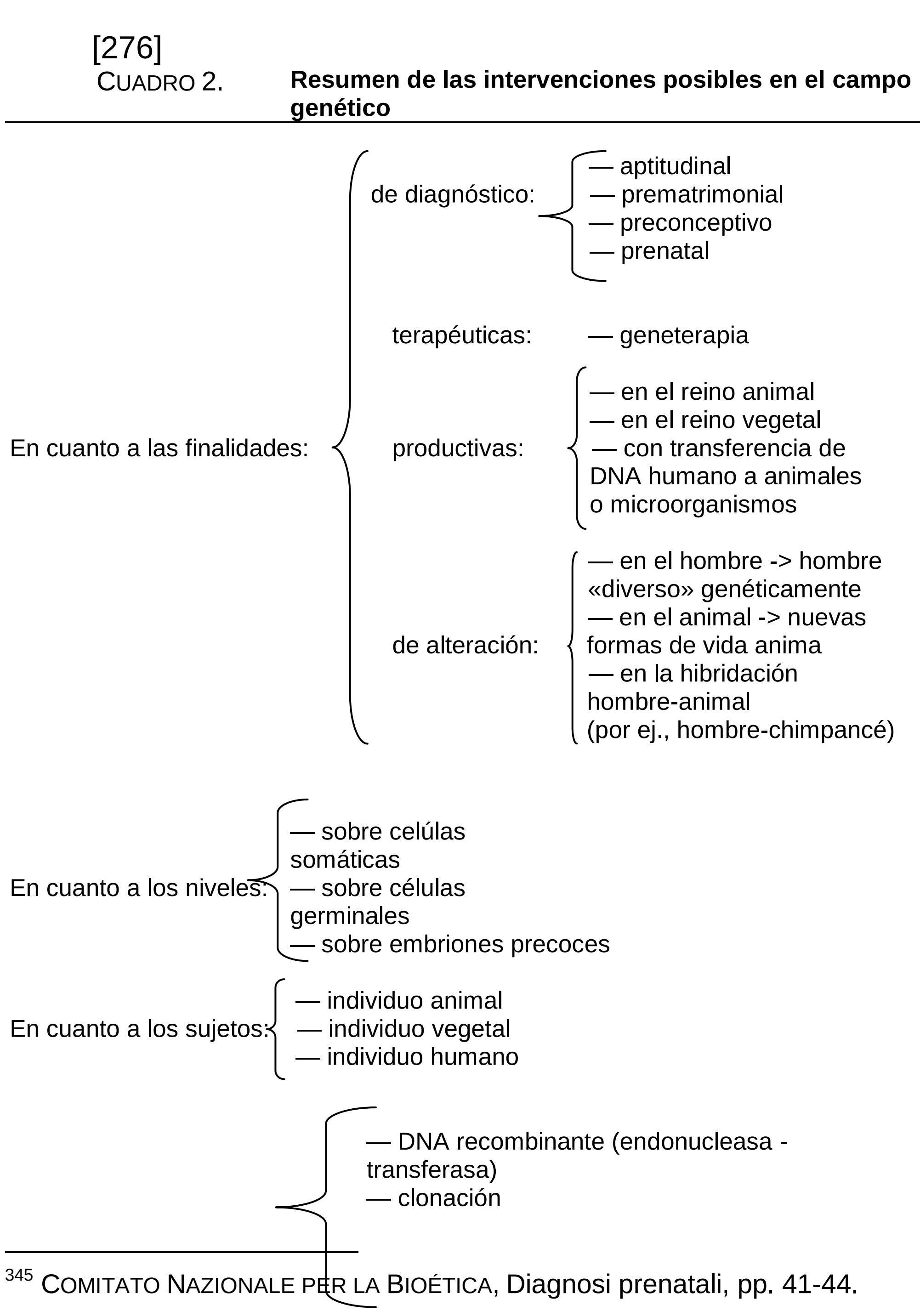
[344] MINISTERO DELLA SANITÀ, Relazione della Commissione...

Por su parte, el Comité Nacional de Bioética italiano, en el documento publicado el 18 de julio de 1992, mantiene una cierta neutralidad, al registrar las posiciones divergentes en cuanto al diagnóstico preimplantación y en el ámbito de las eventuales conexiones con el aborto. A la anterior polémica entre abortistas y antiabortistas, se añade ahora la divergencia entre los defensores de la «teoría gradualista» y los de la «posición personalista» a propósito de la identidad y del estatuto del embrión y del feto[345], punto éste que habremos de analizar más ampliamente en el contexto del capítulo sobre el aborto.

---

[276]

CUADRO 2. **Resumen de las intervenciones posibles en el campo genético**



[345] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Diagnosi prenatali, pp. 41-44.

En cuanto a los procedimientos:	— fusión nuclear — trasplante de DNA — mediante la FIVET

[277]

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *La vita e la sua storia. Stato e prospettive degli studi di genetica,* Scientia, Milàn 1985.

AA. VV., *Biotechnology Risk Assessment,* Pergamon Press, Oxford 1986.

AA. VV., *Manipolazioni genetiche e diritto* (Atti del XXXV Convegno di studio dell'Unione Giuristi Catt. Ital., Roma, 7/9 die. 1984), Giuffrè y Iustitia, Roma 1986.

AA. VV., *Medicina e genetica verso il futuro,* Japadre, L'Aquila 1986.

ADINOLFI M., CAMPORESE C, CARR T., *Gene amplification to detect fetal nucleated cells in pregnant women,* «Lancet», 1989, 11, 328.

AIKEN H.D., *Life and the right to life,* en HILTON B., CALLAHAN D. et al., *Ethical issues in human genetics,* Plenum Press, Nueva York 1973.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, *Ultrasound in pregnancy* (Technical bulletin n. 116), Washington (DC) 1988, pp. 1-3.

AMERICAN COLLEGE OF OCCUPATIONAL MEDICINE CODE OF ETHICAL CONDUCT, *Code of ethical conduct for physicians providing occupational medical services,* «J. Occup. Med.», 1976, 18, 8, 1.

ANDERSON C, ALDHOUS P., *Secrecy at the bottom line,* «Nature», 1991, 346, 354-396.

—, *Still room for Hugo,* «Nature», 1992, 355, 4-5.

ANGIONI G.-MARCELLO C. y cols., *Obstetric considerations of 700 placentocentesis for the prenatal diagnosis of omozygous beta-talassemia,* «Journal Foet. Med.», 1983, III, 25-27.

ARNHEIM N., ERLICH H.A., *Polymerase chain reaction strategy,* «Annu. Rev. Biochem.», 1992,61,131-156.

ATKINSON G.M., MORACZEWSKI A.S. (eds.), *Genetic counseling, the Church and the law,* Pope John XXTU Center, St. Louis (MO) 1980.

AULETTA T., *La problematica giuridica della diagnosi prenatale,* «Medicina e Morale», 1975,5,837-855.

BACCHUS C, BUSELMAIER W., *Blastomere karyotyping and transfer of chromosomally selected embryos implications for the production of specific animal models and human prenatal diagnosis,* «Hum. Genet», 1988, 80, 333-336.

BARIGOZZI C. (coord.), *Problemi filosofici e religiosi della genetica umana,* Morcelliana, Brescia 1979.

BIANCO I., GRAZIANI B. et al., *Update results of the thalassemia prevention programme carried out in Latium,* «J. Med. Genet.», 1989, 26, 667 ss.

BIRCH C, ABRECHT P., *Genetics and the quality of life,* Pergamon Press, Oxford 1975.

BOMPIANI A., *Problemi biologici e clinici dell'ingegneria genetica,* en CONCETTI G. (coord.), *Bambini in provetta,* Logos, Roma 1986, pp. 43-96.
BRITAIN'S GENETIC MANIPULATION ADVISORY GROUP (GMAG), *Genetic manipulation: new guidelines for UK,* «Nature», 1978, 276, 104-108.

---

[278]

BROVEDANI E., *L'ingegneria genetica. Aspetti scientifico-tecnici,* «Aggiornamenti Sociali», 1986, 7/8, 517-534.
—, *Le applicazioni dell'ingegneria genetica. Dalla biotecnologia alla terapia genica umana,* «Aggiornamenti Sociali», 1986, 9/10, 605-619.
—, *Il brevetto di organismi viventi ottenuti con l'ingegneria genetica. Aspetti scientifici, giuridici ed etici,* «Aggiornamenti Sociali», 1988, 4, 245-259.
—,*Verso la terapia genica umana. Prospettive e implicazioni etiche,* «Aggiorna-menti Sociali», 1988, 9-10, 591-610.
BUSTER J.E., BUSEXO M., RODI LA., COHEN S.W., HAMILTON M., SIMON J.A., THORNEY-CROFT I.N., *Biologie and morphologie development of donated human ova recovered by non-surgical uterine lavage,* «Am. J. Obst. Gynecol.», 1985, 135, 211-217.
CAFFARRA C, *Aspetti etici della diagnostica prenatale,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 449-457.
CALISTI A., *Il feto, paziente chirurgico,* «Medicina e Morale», 1983, 1, 49-58.
—, *Diagnosi prenatale e possibilità terapeutiche chirurgiche,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 493-497.
CAMPANA M., GIORLANDINO C, *La diagnosi prenatale di anomalie congenite,* «Il Pediatra», 1985, 18, 4-6.
CAMPBELL S., PEARCE J.M., *Ultrasound visualization of congénital malformations,* «Bri-tish Medicai Bulletin», 1983, 39, 322-333.
CANDIANI G.B. y cols., *La diagnosi prenatale dei difetti congeniti.* Atti del 5[9] Corso di Aggiornamento in Medicina Prenatale, Palermo 1981, pp. 273-280.
CAPRILE G., *Non uccidere. Il Magistero della Chiesa Cattolica sull'aborto,* Ed. La Civiltà Cattolica, Roma 1973.
CAPUANO V., *Rilascio ambientale di organismi geneticamente modificati: la valutazione del rìschio,* ENEA, Roma 1991.
CASPAR P., *Les fondements de l'individualité biologique,* «Communio», 1984, LX, 6, 89-90.
CHAGAS C. (éd.), *Modem biologica! expérimentation,* Pont. Accad. Scienze, Ciudad del Vaticano 1984.
CHEVALLIER M.D., *Rapport sur les applications des biotecnologies à l'agriculture et à l'industrie agroalimentaire,* Office Parlamentaire des choix scientifiques et technologiques, Assemblée Nationale Française, Sénet, Paris 1990-1991,1, pp. 48-59.

CHOO V., *Early ammiocentesis,* «Lancet», 1991, 338, 750-751.
CICCONE L., *Ingegneria genetica. Problemi morali,* «Anime e Corpi», 1986, 123, 27-48.
CIROTTO C, PRJVITERA S., *La sfida dell'ingegneria genetica tra scienza e morale,* Cittadella, Asis 1985.
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Terapia genica* (15.2.1991), Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma 1991.
—, *Documento sulla sicurezza delle biotecnologie* (28.5.1991), Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma 1991.

[279]
—, *Diagnosi prenatali* (18.7.1992), Presidenza del Consiglio dei Ministri -Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 1992.
CONCILIO VATICANO II, *Constitución pastoral «Gaudium et spes»,* n. 12, en *Documentos del Concilio Vaticano II,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1975[29].
CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA, *Futuro de la creación* y *futuro de la humanidad* (1989), publicado en «Medicina y Ética» 1990, 1,2, 295 ss.
CONSEJO DE LA COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA, *Directriz 90/219 sobre el empleo confinado de los microorganismos genéticamente modificados* (23.4.1990), publicada en «Medicina e Morale», 1990, 5, 1019-1034.
—, *Directriz 90/220 sobre la emisión deliberada de organismos genéticamente modificados (OGM)* (23.4.1990), publicada en «Medicina e Morale», 1990, 5, 1034-1051.
CONSEJO DE EUROPA, *Genetic engineering: risks and chances for human rights* (European Parliamentary Hearing - Copenhagen, 25,26 may 1981), Estrasburgo 1981 (en offset).
—, *Recomendación n. 934* (1982), publicada en «Medicina e Morale», 1984, 1, 93-96.
—, ASAMBLEA PARLAMENTARIA, *Recomendación n. 934 sobre la ingeniería genética*(1982), en CETRO STUDI DEL MINISTERO DELLA SANITÀ, *Le Raccomandazioni del Consiglio d'Europa sull'ingegneria genetica e la ricerca scientifica relativamente agli embrioni e ai feti umani,* «Isis», 20.2.1989, Suppl. al n. 8.
COTTON R.G.N., RODRIGUES N., CAMPBELL R.D., *Reactivity of cy to sine and thymine in sin-gle-basepair mismatches with hydroxylamine and osmium tetroxie and its application to the study of mutations,* «Proc. Natl. Acad. Sci. USA», 1988, 85, 4397-4401.
COVONE A.E., MUTTON D., JOHNSON P.M., ADINOLFI M., *Trophoblast cells in peripheral blood from pregnant woman,* «Lancet», 1984, 11, 841-843.
—, MUTTON D., VAN DAM M., JOHNSON P.M., ADINOLFI M., *Fetal lymphocytes and trophoblast cells in the maternal circulation,* Atti dell'International Symposium on: «Early Prenatal Diagnosis: Present and future», Napoli, 12-13.10.1984.

CREMER T., LICHTER P., BORDEN J., WARD D.C., MANUELIDIS L., *Detection of chromosome aberrations in metaphase and interphase tumor cells by in situ hybridization using chromosome-specific library probes,* «Hum. Genet.», 1988, 80, 235-246.

CUCCHIARA D., GRASSI A., */ diritti dell'uomo e ingegneria genetica: aspetti giuridici,* «Medicina e Morale», 1981, 3, 349-357.

CUYAS M., *Problematica etica della manipolazione genetica,* «Rassegna di Teologia», 1985,5,471-497.

CURTONI S., *Identificazione dei portatori e consultorio genetico,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 36-46.

DAFFOS F., CAPELLA PAVLOWSKY M., FORESTIER F., *A new procedure for fetal blood sampling in utero: preliminary results of fifty-three cases,* «Am. J. Obst. Gynecol. », 1983, 146, 985-987.

—, Fetal blood sampling during pregnancy with use of a needle guided by ultrasound. A study of 606 consecutive cases, «Am. J. Obst. Gynecol.», 1985, 153, 655-660.

---

[280]

D'ALTON M.-DE CHERNEY A.H., *Prenatal Diagnosis,* «NEJM», 1993, 328, 2, 114-120.

DAL POZZO F., *L'identità personale come valore: problemi di modificazione, manipolazione, moltiplicazione,* en LOMBARDI VALLAURI L. (coord.), *// meritevole di tutela,* Giuffrè, Milán 1990, pp. 841-899.

DEFAYE J. et al. (eds.), *Risk management in Biotechnology,* Technique et Documentation, Pans 1990.

DE FLORA A., *Strategie per la correzione delle malattie genetiche,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 25-35.

DEPARTMENT OF HEALTH & SOCIAL SECURITY, *Report of the committee of inquiry into human fertilization and embryology (Warnock Report),* Her Majesty's Stationary Office, Londres 1984.

DEUTSCHER BUNDESTAG, *Report of the Commission of Enquiry on prospects and risks of genetic engineering,* January 1987, pp. 151b-152b.

DILELLA A., HUANG W.M., WOO S.L.C., *Screening for phenylketonuria mutations by DNA amplification with the polymerase chain reaction,* «Lancet», 1988, 11, 479-499.

Di PIETRO M.L., SPAGNOLO A.G., *Diagnosi prenatale e accoglienza del bambino handicappato nella famiglia,* en AA. VV., *Famiglia e Salute,* «Studi interdisciplinari sulla famiglia», 6, Vita e Pensiero, Milán 1987, pp. 248-250.

Di Rocco C, *Problemi decisionali relativi al trattamento chirurgico delle malformazioni congenite del Sistema Nervoso Centrale,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 488-492.

DICKENS B.M., *Prenatal diagnosis and female abortion: a case study in medical law and ethics,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 143-144.

DICKSON D., *U.S. propose exemptions from DNA guidelines,* «Nature», 1978, 274, 411.

DISMUKES K., *Recombinant DNA: a proposal for regulation,* en SHANNON T.A. (ed.), *Bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1981, pp. 433-444.
DULBECCO R., CHJABERGE R., *Ingegneri della vita. Medicina e Morale nell'era del DNA,* Sperling & Kupfer, Milán 1988.
DUMAS A., *Fondements bibliques d'une bioétique,* «Le supplement*, 1982, 142, 153.
EMBURY S.H., SCHARF S.J., SAIKI R.K., *Rapid prenatal diagnosis of sickle cell anaemia by a new method of DNA analysis,* «NEJM», 1987, 316, 646-651.
ENGELHARDT H.T., JR., *The Foundations of Bioethics,* Oxford University Press, Nueva York 1986.
EPISCOPADO CATÓLICO DE ALEMANIA FEDERAL, *La protection de l'enfant avant sa nais-sance,* «Medicina e Morale», 1986, 1, 207-211.
EPISCOPADO CATÓLICO DE GRAN BRETAÑA, *Fertilizzazione in vitro: moralità e politica sociale,* «Medicina e Morale», 1983, 4, 435-448.
—, Commenti al Rapporto Warnock su fertilità umana ed embriologia, «Medicina e Morale», 1985, 1, 138-180.

---

[281]

EPISCOPADO CATÓLICO DE VICTORIA (AUSTRALIA), *Lettera dei vescovi dell'area metropolitana di Victoria in merito al giudizio morale sulla FIVET,* «Medicina e Morale», 1984, 3, 390-396.
EPISCOPADO CATÓLICO FRANCES, *Vita e morte su comando,* «Medicina e Morale», 1985, 1, 125-134.
ERLICH H.A., ARNHEIM N., *Genetic analysis using the polymerase chain reaction,* «Annu. Rev. Genet.», 1992, 26, 479-506.
EUSEBI L., *La tutela penale della vita prenatale,* «Medicina e Morale», 1988, 5, 603 ss.
GERIN G. (coord.), *Modificazioni genetiche e diritti dell'uomo,* Cedam, Padua 1987.
GILL P., WARRET DJ., *Esclusion of a man charged with murder by DNA fingerprinting,* «Forensic Science International», 1987, 35, 145-148.
GOGLIA G., *La ingegneria genetica: aspetti scientifici e implicazioni morali,* «Medicina e Morale», 1980, 2, 136-174.
GOODHELD J., *Playing God: genetic engineering and the manipulation of life,* Random House, Nueva York 1977.
GRUPO DE ESTUDIO DE LOS SIETE PAÍSES MÁS INDUSTRIALIZADOS, *Quinta Conferenza sulla Bioetica. Conclusioni,* 1988, publicadas en «Medicina e Morale», 1988, 2, 308-315.
HALVORSON H. (ed.), *Engineered Organism in the Environment: Scientific Issues,* Am. Soc. Microb., Washington 1985.
HANDYSIDE A.H., PATTINSON J.K., PENKETH R.J.A., DELHANTY J.D.A., WINSTON R.M.L., TUDDENHAM E.G.D., *Biopsy of human preimplantation embryos and sexing by DNA amplification,* «Lancet», 1989,1, 347-349.
HÀRING B., *Manipulation. Ethical boundaries of medical behavioural & genetic manipulation,* St. Paul Publications, Slough (Inglaterra) 1975.

HERZENBERG L.A., BIANCHI D.W., SCHRODER J., CANN H.M., IVERSON G.M., *Fetal cells in the blood of pregnant women: detection and enrichment by fluorescence-activated cell sorting,* «Proc. Natl. Acad. Sci. USA», 1979, 76, 1453.
HILTON B. et al. (eds.), *Ethical issues in human genetics,* Plenum Publish. Corp., Nueva York 1973.
HODGKINSON K.A., KERZIN-STORRAR L., WAITERS A., HARRIS R., *Adult polycystic kidney disease: knowledge experience and attitudes to prenatal diagnosis,* «J. Med. Genet.», 1990, 27, 552-558.
HOGGE W.A., SCHONBERG S.A., GOLBUS M.S., *Prenatal diagnosis by chorionic villus sampling: lessons of the first 600 cases,* «Prenatal Diagnosis», 1985, 5, 393-400.
JACKSON L.G., WARNER R.A., BARR M.A., *Safety of chorionic villus biopsy,* «Lancet», 1986, march 22, 674.
JACOB F., *La logica del vivente. Storia dell'ereditarietà,* Einaudi, Turin 1971.
JONAS H., *Technique, morale et genie génétique,* «Communio», 1984, DC, 6, 46-65.
JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en una reunión de la Pontificia Academia de las Ciencias* (23.10.1982), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* v, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1982, pp. 889-898.

---

[282]

—,*Discurso a los participantes en la reunion del «Movimiento por la vida»* (3.12.1982), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* v, 3, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1982, pp. 1509-1513.
—,*Discurso a la Asociación Mèdica Mundial* (29.10.1983), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* vi, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1983, pp. 917-923.
—, *Mensaje por la paz* de 1990 (1.1.1990), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* XIII, 1, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1992, pp. 5-6.
JULIEN C, BAZIN A., GUYOT B., FORESTIER F., DATTUS F., *Rapid prenatal diagnosis of Down's syndrome with in situ hybridization of fluorescent DNA probes,* «Lancet», 1986, ii, 863-864.
KOGAN S.C., DOHERTY M., GITSCHER J., *An improved method for prenatal diagnosis of genetic disease by analysis of amplified DNA sequences,* «NEJM», 1987, 317.
KOOP C.E., *The family with a handicapped newborn,* en ANDERSON C.A., GRIBBIN W J. (eds.), *The wealth of families,* The American Fam. Institute, Washington (DC) 1982.
KOZMA R., ADINOLFI M., *In situ hybridization and the detection of biotinylated DNA probes,* «Mol. Biol. Med.», 1987, 4, 357-364.
KRIMSKY S., *Genetic Alchemy: a social history of the DNA Controversy,* MIT Press, Cambridge 1982.

KVISTGAARD M., OLSEN A.M., *Biotechnology and the Environment,* Contrato CEE, 85.1.3.5.-3030-17, Bruselas 1986.

LANGES H., *Aspects éthiques de l'ingénierie génétique. Peut-on envisager une action politique?,* en *La technologic génétique et les problèmes éthiques,* «Cahiers Euro-péens», Luxemburgo 1985, 50, 111-127 (en offset).

LAPPE M., *Moral obligations and the fallacies of «genetic control»,* en SHANNON T.A. (ed.), *Bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1981, pp. 415-432.

LEJEUNE J., *Genetica, etica e manipolazioni,* «Medicina e Morale», 1985, 3, 565-576.

LEUZZI L., *Indicazioni etiche per la diagnosi prenatale,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 458-463.

Li H., GYLLENSTEIN U.B., Cui X. et al., *Amplification and analysis of DNA sequences in single human sperm and diploid cells,* «Nature», 1988, 335, 414-417.

LICHTER P., CREMER T., BORDEN J., MANUELIDIS L., WARD D.C., *Delineatio of individuai human chromosomes in metaphase and interphase cells by in situ suppression hybridization using recombinant DNA libraries,* «Hum. Gen.», 1988, 80, 224-234.

LOMBARDI VILLAURI L., *Bioetica, potere, diritto,* «Iustitia», 1984, 1-43.

—, *Manipolazioni genetiche e diritto,* «Riv. di Diritto Civile», 1985, 1, 1-23.

LOVERRO G., SELVAGGI L., BOSCIA F.M., *Procedure di indagine prenatale: significato diagnostico e pericolosità,* «Medicina e Morale», 4, 1984, 464-487.

MACINTYRE N.M., *Professional responsibility in prenatal genetic evaluation,* «Birth De-fects», 1972, Orig. Art. Series, 8.

MADDOX J., *The case for the human genoma,* «Nature», 1991, 352, 11-14.

---

[283]

MAFFETTONE S., Il *dibattito sull'embrione: riflessioni a margine del convegno di bioetica,* «Notizie di Politeia», 1990, 6, 19, 4-7.

—,*Proposte per uno statuto morale e giuridico dell'embrione,* en Atti del Convegno Internazionale su: *Quale statuto per Vembrione umano. Problemi e prospettive* (Milán, gennaio 1991), Bibliotechne, Milán 1992, pp. 96-107.

MANSUETO G., ZECCA A., *Diritto a conoscere in genética medica,* «Medicina e Morale», 1982,1,47-51.

MANTEGAZZA F., *Tecnologie per la diagnosi prenatale,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 72-75.

MANTEGAZZINI C, *The Environmental Risks from Biotechnology,* Francés Pinter, Londres 1986.

MANTOVANI F., *Le manipolazioni genetiche: profilipenali,* «Iustitia», 1985, 3, 281-311.

MASERA G. et al., *L'informazione e l'educazione sanitaria in genética medica,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 76-80.
MASTROIACOVO P., *Il neonatologo di fronte alia famiglia del neonato con malfor-mazioni congenite,* en CATALDI L. (coord.), *Atti del I corso di aggiornamento dei neonatologi dell'Italia Céntrale,* Humana Italia SpA, Milán 1987, pp. 77-80.
Me COURTY C, *Profdes bankofway,* «Nature», 1989, 335, 339-390.
MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC), Working Party on the evaluation of chorion villus sanpling, *MRC European Triol of chorion villus sampling,* «Lancet», 1991, 937, 1491-1499.
MELÉ V., *Diritti e doveri della medicina predittiva,* «Medicina e Morale», 1991, 3, 71-90.
—, *La geneterapia ed il parere del Comitato Nazionale per la Bioética,* «Vita e Pensiero», 1991, 5, 362-367.
—, GIRLANDO G., SGRECCIA E., *La diagnosi genética sui lavoratori: recenti acquisizioni scientifiche, problematiche etiche ed etico-giuridiche,* «Medicina e Morale», 1990, 2, 301-329.
MERTENS T.R., *Human genetics: readings on the implications of genetic engineering,* John Wiley and Sons, Nueva York 1975.
MILANI COMPARETTI M., *Introduzione alia nuova genética* en SGRECCIA E., MELÉ V. (coord.), *Ingegneria genética e biotecnologie nel futuro dell'uomo,* Vita e Pensiero, Milán 1992, pp. 3-23.
MINISTÉRE DE LA JUSTICE, *Ethique et droit en Amérique du Nord face au progrés des sciences medicales* (Rapport de mission, par C. Byk), París 1986 (en fotocomposi-ción).
MIKTSTERO DELLA SANITÁ, *Relazione della Commissione di Studio per l'Ingegneria genética,* en SENATO DELLA REPUBBLICA ITALIANA, Servizio Studi, Ufficio Ricerche nel Settore Sociale (coord. por F. Luzi), *Documentazione sulla riproduzione umana assistita, embriología ed ingegneria genética,* Roma 1990.
MONOD J., *El azar y la necesidad,* Bruguera, Barcelona 1984.

[284]
MONOPOLI A.M.C, *L'ingegneria genetica da un punto di vista bioetico,* en BELLINO F.(coord.), *Civiltà tecnologica e destino dell'uomo,* Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti 1989, pp. 261-277.
MORETTI J.M., DE DINECHIN O., *Le défi génétique,* Le Centurion, París 1982.
MoRI M., *Il feto ha diritto alla vita? Un'analisi filosofica dei vari argomenti in materia con particolare riguardo a quello di potenzialità,* en LOMBARDI VALLAURI L. (coord.), *Il meritevole di tutela,* Giuffrè, Milán 1990, pp. 735-840.
—, *Per un 'analisi dei problemi morali relativi agli interventi che comportano la morte degli embrioni umani,* en Atti del Convegno

Internazionale su: *Quale statuto per l'embrione umano. Problemi e prospettive,* (Milán, gennaio 1991), Bibliotechne, Milán 1992, pp. 75-91.
NICOLAIDES K.H., *Cordocentesis,* «Clin. Obst. Gynecol.», 1988, 31, 123-135.
NOIA G., MASINI L., DE SANTIS M., DI LIETO M.P., TRIVELLINI C, BIANCHI A., CARUSO A., MANCUSO S., *La cordocentesis: indicaciones, utilidad y riegos,* 1992, 3, 55 ss.
OFFICE FOR TECHNOLOGY ASSESSMENT, *Genetic witness, forensic use of DNA tests,* N. 052 003 01203-1, US Government Printing Office, Washington (DC) 1980.
—, *Commercial Biotechnology: an International Analysis,* US Government Printing Office, Washington (DC) 1984.
—, *Field testing engineered organisms: genetic and ecological issues,* US Government Printing Office, Washington (DC) 1988.
—, *New development biotechnology. Patenting Life-Special Report,* US Government Printing Office, Washington (DC) 1989.
—, *Genetic monitoring and screening in the workplace,* US Government Printing Office, Washington (DC) 1990.
OMENN G.S., *Predicture identification of hypersusceptible individuals,* «J. Occup. Med.», 1982, 24, 5, 369-374.
ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICO, *Recombinant DNA Safety Considerations,* París 1986.
—, *Good Developmental Practices for small scale field research,* Paris 1990.
ORSINI B., *Aspetti politico-organizzativi per la prevenzione delle malattie genetiche,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 5-13.
PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione sui problemi etici e giuridici della manipolazione genetica* (doc. A327/88) (16.3.1988), publicada en «Medicina e Morale», 1989, 3, 579-586.
PASCALI V.L., D'ALOJA E., *Il progetto genoma e le conoscenze sui geni normali e patologici dell'uomo. Problemi etici e deontologici,* «Medicina e Morale», 1992, 2, 219-232.
PENKETH R., Me LAREN A., *Prospects for prenatal diagnosis during preimplantation human development,* «Bailliere's Clin. Obst. Gynecol.», 1987, 1, 747-764.
PERICO G., *La diagnosi prenatale,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992, pp. 345-359.

---

[285]

PINKEL D., STRAUME T., GRAY J.W., *Cytogenetic analysis using quantitative, high sensitivity, fluorescense hybridization,* «Proc. Natl. Acad. Sci. USA», 1986, 83, 2934-2938.
Pio XH, *Discurso a los participantes en el «I[e] Simposio Internacionàl de Genètica Mèdica»* (7.9.1953), AAS 1953, 44, pp. 596-607.

PONTIFICIA ACADEMIA DE LAS CIENCIAS, *Declaration on prevention of nuclear war,* Pontificia Accademia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1982.
POWLEDGE T.M., FLETCHER J., *Guidelines for the ethical, social and legal issues in prenatal diagnosis,* en SHANNON T.A. (ed.), *Bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1981, pp. 403-413.
RAHNER K., *Il problema della manipolazione genetica,* en *Nuovi saggi,* m, Paoline, Roma 1969.
REGAL P., *The Adaptive potential of Genetically Engineered Organisms in Nature,* «Trends in Biotechnology», 1988, 6, 36-38.
REILLY P., *Genetics, law and social policy,* Harvard University Press, Cambridge 1977. RODECK CM., *Fetoscopia e prelievo di sangue fetale,* en CANDIANI G.B. y cols, (coord.), *La diagnosi prenatale dei difetti congeniti,* Codese, Palermo 1981, pp. 273-280.
ROMEO G., DURANO P., *Il consultorio genetico e la prevenzione delle malattie ereditarie,* «Federazione Medica», 1983, xxxvi, 129.
Ruiz DE LA PENA J.L., *Anthropologic et tentation biologiste,* «Communio», 1974, ix, 6, 66-79.
SAIKI R.K., SCHARF S., FALOONA F., MULLIS K.B., HORN G.T., ERLICH H.A., ARNHEIM N., *Enzymatic amplification of alpha-globin genomic sequences and restriction site analysis for diagnosis of sickle anaemia,* «Science», 1985, 230, 1350-1354.
—, BUGWAN T.L., HORN G.T., MULLIS K.B., ERLICH H.A., *Analysis of enzymatic ally amplified B-globin and HLA-DQa DNA with allele specific oligonucleotide probes,* «Nature», 1986, 224, 165-166.
SAILER R.I., *Our immigrant fauna,* «ESA Bulletin», 1978, 24, 3.
SANSONE G., *Recenti progressi in genetica medica,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 14-24.
SAULLE M.R., *Le manipolazioni genetiche e il diritto internazionale,* en CONCETTI G. (coord.), *Bambini in provetta,* Logos, Roma 1986, pp. 163-174.
SENATO DELLA REPUBBLICA ITALIANA, Servizio Studi, Ufficio Ricerche nel settore sociale (coord, por Luzi F.), *L'ingegneria genetica nella Germania Federale (Raccomandazione del Bundestag, Legge, Regolamenti),* enero de 1992.
SERRA A., *La consulenza genetica nel consultorio familiare,* «Medicina e Morale», 1975, 2-3, 239-254.
—, *La diagnosi prenatale di malattie genetiche. Esperienze, prospettive e problemi,* «Il Progresso Medico», 1981, 15, 1-18.
—, *Problemi etici della diagnosi prenatale,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 52-61.
—, *Interrogativi etici dell'ingegneria genetica,* «Medicina e Morale», 1984, 3, 306-321.

—,*La diagnosi prenatale di malattie genetiche,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 433-448.

—*, Le nuove frontiere della genetica e dell' embriologia,* en CONCETTI G. (coord.), *Bambini in provetta,* Logos, Roma 1986, pp. 9-41.

—*, Conquiste, prospettive e problemi della «ingegneria genetica»,* en AA. VV., *Etica e trasformazioni tecnologiche,* Vita e Pensiero, Milàn 1987, pp. 150-173.

—*, Embrione umano, scienza e medicina - In margine al recente documento vaticano,* «La Civiltà Cattolica», 1987,1, 247-261.

—*,* NERI G., *La consulenza genetica nella prevenzione delle malformazioni congenite,* «D Pediatra», 1985, 14, 19-21.

—, (coord.), *Nuova genetica, uomo e società.* Vita e Pensiero, Milàn 1986.

—, SGRECCIA E., *Alle origini della vita: scienza ed etica a confronto,* en AA. VV., *La famiglia ieri-oggi-domani,* Lionness Club, Foggia 1988, pp. 97-120.

SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción* sobre *El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* (22.2.1987), Promoción Popular Cristiana, Madrid 1987.

SGRECCIA E., *La diagnosi prenatale: il difficile incontro tra la verità scientifica e la vita del nascituro* (editorial), «Medicina e Morale», 1984, 4, 427-431.

—*, Diagnosi prenatale e problemi etici,* «Il futuro dell'uomo», 1985, 2/3, 66-75.

—*, Manipolazione genetica e istanze etiche,* «Progetto donna», 1985, 4/5, 25-32.

—*, Le malformazioni fetali: implicazioni etiche,* «Acta med. rom.», 1986, 24, 539-550.

—*, Diagnosi prenatale,* en *Persona, verità e morale* (Atti del Congresso Int. diTeol. Morale, Roma 7-12 apr. 1986), Città Nuova, Roma 1987, pp. 315-331.

—, Di PIETRO M.L., *Manipolazioni genetiche e procreazione artificiale: orienta-menti giuridici e considerazioni etiche,* «n diritto di famiglia e delle persone», 1987, 3/4, 1351-1447.

—, MELE V., *Gli aspetti etici dell'ingegneria genetica,* en SGRECCIA E., MELE V. (coord.), *Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo,* Vita e Pensiero, Milàn 1992, pp. 131-166.

SHAW W.H., *To be or not to be? That is the question,* «Am. J. Human Genetics», 1984, 36, 1-9.

SIMBERLOFF D., *Community effects of introduced species,* in *Bioethic Crises in Ecological and Evolutionary Time,* Academic Press, Chicago 1981.

SIMONI G., GIMELLI G., Cuoco C. et al., *First trimester fetal karyotiping: one thousand diagnosis,* «Human Genetics», 1986, 72, 203-209.

SINGER P., *Animal liberation: a new ethics for our treatment of animals,* Review-Random House, Nueva York 1975.

—, *Practical Ethics,* Cambridge University Press, Cambridge 1979.
—, DAWSON K., *Individuals, Humans and Persons: the Issue of Moral Status,* en AA. VV. *Embryo experimentation,* Cambridge University Press, Londres 1990.
SPAGNOLO A.G., DÌ PIETRO M.L., PALAZZANI L., SGRECCIA E., *Significato della diagnosi*

[287]
prenatale nella prevenzione delle malattie congenite: aspetti etico-sociali, en Atti del LXV1I Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, Clas International, Brescia 1990, pp. 39-40.
SPALLA C, *// progresso delle biotecnologie in Italia,* Federchimica Assobiotic, Milàn 1990.
SPINSANTI S., voz *Vita fisica,* en GOFFI T., PIANA G. (coord.), *Corso di morale. II. Diafonia (etica della persona),* Queriniana, Brescia 1983, pp. 127-267.
—, (coord.), *Le mani sulla vita,* San Paolo, Alba 1990.
SUSSMANN M. et al. (eds.). *The Release of Genetically Engineered Microorganisme,* Academic Press, Nueva York 1988.
TABOR A., PHILIP J., MADSEN M., BANG J., OBEL E.B., NORGAARD-PEDERSEN B., *Randomized controlled trial of genetic amniocentesis in 4606 low-risk women,* «Lancet», 1986, 1, 1287-1292.
TETTAMANZI D., *La diagnosi prenatale,* en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990, pp. 191-214.
—, *Ingegneria genetica e interrogativi etici,* en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990, pp. 215-241.
TRASK B., VAN DEN HENGH G., PINKEL D., MULLIKIN J., WALDMAN F., VAN DEKKEN H., GRAY J., *Fluorescence in situ hybridization to interphase cell nuclei in suspension allows flow cytometric analysis of chromosome content and microscopic analysis of nuclear organization,* «Hum. Gen.», 1988, 78, 251-254.
UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE, *Plant Introduction Service,* Agricultural Research Office, Washington (DC) 1986.
USA, PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Splicing life,* US Gov. Print. Off., Washington (DC) 1982.
VARGA A.C, *Gene-splicing, genetic engineering,* en *The main issuesJn bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1984, pp. 129-147. VOGEL F., MOTULSKY A.G., *Human genetics - Problems and approaches,* Springer, Berlin 1986.
WALTERS L., *The ethics of human gene therapy,* «Nature», 1986, 320, 225-227.
WARNOCK M., *A Question of Life,* The Warnock Report on Human Fertilization and Embryology, Blackwell, Oxford 1985.
WATSON J.D. et al., *Biologia molecolare del gene,* 2 vols., Zanichelli, Bolonia 1989.

—, TOOZE J., KURTS D.T., *Recombinant DNA. A short course,* Scientific Am. Books, Nueva York 1983.
WEATHERALL D.J., *The new genetics and clinical practice,* Oxford Univ. Press, Oxford 1985 2.
WEINER CP., *Cordocentesis,* «Obst. Gynecol. Clin. North Am.», 1988, 15, 283-301. WHITTLE M.J., *Cordocentesis,* «Br. J. Obst. Gynaecol.», 1989, 96, 262-264. WILLIAMSON B., *Gene therapy,* «Nature», 1982, 298, 416-418.
YOUNG I.D., *Ethical dilemmas in clinical genetics,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 73-76.

[289]

CAPÍTULO 8
Bioética y sexualidad: v la procreación humana

Delimitación y actualidad del tema

Como deseamos mantenernos necesaria y deliberadamente en la óptica de la bioética —que es reflexión moral vinculada estrechamente con la biología y la medicina—, no nos será posible dar cabida en este capítulo a otras perspectivas que se podrían ofrecer al hablar de la sexualidad.

Por esta razón, nos vemos obligados a remitir a estudios más especializados en cuanto a la misma perspectiva bíblico-teológica[346], la cual reviste gran interés incluso desde el punto de vista ético-cultural. De igual manera, tampoco podemos detenernos a tratar el tema desde el punto de vista de la etnología, de la historia, de la cultura, de la sociología y de la psicología misma, ámbitos todos en los que ha proliferado un gran número de investigaciones, estudios y aportaciones muy interesantes.

En este capítulo pretendemos vincular el tema de la sexualidad con esa visión de la corporeidad y de la persona que expusimos en la parte

[346] Para una información elemental en este campo, remitimos a los documentos del Magisterio que más adelante se señalan. De entre la numerosísima bibliografía, indico solamente: FUCK M., ALSZEGHY Z., Fondamenti di un'antropologia teologica, Florencia 1970; HÁRING B., VOZ Sessualità, en Dizionario Enciclopedico di teologia morale, pp. 993-1006; SALVONI F., Sesso e amore nella Bibbia, Genova 1970; AUBERT J.M., Sexualité, amour et mariage, Paris 1970; MOUROUX J., Senso cristiano dell'uomo, Brescia 1966; TETTAMANZI D., La sessualità umana: prospettive antropologiche, etiche e pedagogiche, «Medicina e Morale», 1984, 3, pp. 129-154; CENTRO ITALIANO FEMMINILE (coord.), Uomo-Donna. Progetto di vita, Roma 1985; BARBERI P., TETTAMANZI D. (coord.), Matrimonio e famiglia nel Magistero della Chiesa, Milán 1986; DI PIETRO, SGRECCIA, La trasmissione della vita...; Atti del II Congresso Internazionale di Teologia Morale su «Humanae Vitae: 20 anni dopo», Milán 1989.

general de este volumen, poniendo de esta manera las premisas para el tratamiento ético de los problemas de la procreación responsable, del aborto, de las intervenciones médico-quirúrgicas para cambiar de sexo, del tratamiento de los trastornos sexuales, de la esterilización y de las tecnologías de fecundación artificial. Es un punto de vista limitado, pero adecuado a la estructura objetiva y perenne de la vida humana, y por esto mismo válido, por encima de los cambios culturales y del influjo de las

---

[290]

ideologías. También dejamos de abordar temas importantes como los referentes a la ética del comportamiento sexual prematrimonial y matrimonial, los cuales, por lo demás, han sido ya ampliamente tratados y debatidos por los moralistas[347].

Para situar históricamente nuestra reflexión, aunque sea dentro de los necesarios límites, no se puede dejar de recordar, sin embargo, dos componentes culturales importantes para comprender las actitudes y los cambios sociales.

El primero está más difundido y lo representa el permisivismo hedonista, de origen burgués, concomitante con la cultura industrial y postindustrial, que se puede resumir en la filosofía de la «sexualidad como consumo«, la «sexualidad sin riesgo y sin arrepentimiento»[348]. Es éste el vehículo más eficaz de la mentalidad anticonceptiva y abortista. En este contexto sociológico hay que ubicar algunos factores de cambio cultural que se vienen verificando en los últimos cincuenta años, desde' finales de la última guerra mundial en adelante, en concomitancia con el fenómeno citado de la industrialización. Estos factores culturales tuvieron un efecto positivo: el de llevar la discusión sobre el tema de la sexualidad a un nivel antropológico y permitir así superar el concepto de sexualidad entendido como genitalidad; pero contribuyeron también en muchos estratos sociales y culturales a reivindicar e incrementar la separación entre el comportamiento sexual y cualquier norma ética (liberalización del sexo) o incluso a concebir esta liberalización como la primera condición para la liberación total del hombre.

Repasemos algunas etapas recorridas en este sentido.

---

[347] VIDAL M., Morale dell'amore e della sessualità, Asís 1973; HÄRING B., Liberi e fedeli in Cristo, Roma 1980, voi. n, pp. 589-683; PIANA G., Orientamenti di etica sessuale, en Gom T., PIANA G. (coord.), Corso di Morale, voi. n: Diakonia (Etica della persona), Brescia 1983, pp. 271-366; Rossi G., // rapporto uomo-donna, en LORENZETTI L. (coord.), Trattato di etica teologica, Bolonia 1981, vol. il, pp. 399-458; GÜNTHOR A., Chiamata e risposta, Roma 1984, voi. m, pp. 620-717; ASHLEY B.M., Theologies of the body, Braintree 1985.

[348] SCHELSKY H., Soziologie der Sexualität, Hamburgo 1955, citado por HÄRING, VOZ Sessualità, en Dizionario Enciclopedico di teologia morale, p. 999; BARCLAY W., Ethics in a permisive society, Glasgow-Londres 1971.

La aportación de S. Freud[349] en la afirmación de la sexualidad como dimensión de toda la persona y en la individualización de la valencia de la sexualidad, en el proceso de maduración y socialización del individuo, fue un elemento fundamenta]. Esto quiere decir que no es la persona la que se expresa en la dimensión de la sexualidad, sino que es la sexualidad la que expresa y estructura la personalidad con sus dinamismos ligados a la profundidad del inconsciente. Las manifestaciones normales y las patológicas de la personalidad son «determinadas» por estos dinamismos, el principal de los cuales está constituido por el «complejo de Edipo». Incluso las manifestaciones más geniales y espirituales de la personalidad, así como

[291]
la cultura y el arte, son el producto y la elaboración de estos dinamismos y de los llamados «mecanismos de defensa» (sublimación, represión, fuga, agresión, etcétera). La imagen misma de la familia se configura a la luz de la sospecha, como un tejido dé represiones, instintos y tensiones profundas.

Esta visión ha trastocado la concepción clásica de la sexualidad en su relación con la persona y originó sobre todo una nueva línea de pensamiento en cuanto a los comportamientos. No sería exacto atribuir a Freud una pedagogía del libertinaje licencioso en materia de sexualidad, justificando los mecanismos de desbordamiento de las fuerzas instintivas y sugiriendo el mecanismo de la sublimación. Pero el hecho es que en Freud se originó una concepción pansexualista y determinista de la persona: el sexo lo es todo, no se manda en el sexo, las neurosis y los sufrimientos de la personalidad no se deben a otra cosa que a las represiones de la sexualidad. Toda la educación tradicional se presenta como una gran represión; y la cultura de los deberes, como el resultado de una neurosis colectiva. Manuales de psicología, de historia del arte y de las religiones, revistas y películas han llevado al mundo esta revolución carente de cualquier visión trascendente, plena de «sospecha» y de inquietante determinismo a costa de todas las manifestaciones de la vida religiosa y ascética.

La filosofía existencialista de J. P. Sartre y de las tendencias afines, presentes en la literatura y en el cine, contribuyó en gran medida a la concepción nihilista de la moral así como a la exaltación de la experiencia sexual como libre expresión y forma privilegiada, si no única, de comunicación.

No podemos dejar de aludir al efecto demoledor y justificante producido por la publicación del llamado Informe Kinsey[350]. El autor

---

[349] Véase Opere di Freud, coord. por C. MUSATTI, 12 vols., Turin 1966-1980; MILÁN A., Freud critico della religione per l'autonomia della morale, «Aspernas», 1981, 3-4, pp. 397-425.

[350] KINSEY A.C., POMEROY W.B., MARTIN CE., Sexual behauior in the human male, Filadelfia 1948; ID., Sexual behauior in the human female, Filadelfia 1953. Véase la

principal, un zoólogo, ilustra con estadísticas y porcentajes los resultados de una amplia investigación llevada a cabo en la sociedad estadounidense sobre los comportamientos sexuales, incluso los más anormales y aberrantes, concluyendo que los comportamientos sexuales no son otra cosa que

«un mecanismo relativamente simple que da paso a la reacción erótica cuando los estímulos físicos y psíquicos son suficientes» y «por esto, no tiene sentido apelar a categorías como el bien y el mal, lo lícito y lo ilícito, lo normal y lo anormal»[351].

En la visión weberiana de la cultura, al cambio de las estructuras sociales que se determinan en el paso de la sociedad agrícola tradicional a la de tipo industrial,

---

[292]

corresponde ineludiblemente un cambio del marco cultural y por tanto también de los comportamientos en cuanto a la vida familiar y la sexualidad preconyugal, extraconyugal y en la misma vida de pareja. En la base de todo ello está una premisa de determinismo sociológico, que surge como conclusión de esta descripción: una ecuación entre el ser y el deber ser, es decir, entre la realidad sociológica y la moralidad que se puede expresar en la fórmula: is = ought (ser = debería ser), con la posibilidad de producir efectos terroríficos (terrific impact)[352].

Otro incentivo en el camino de la liberalización del sexo y de su separación de las responsabilidades que comporta la posibilidad de procrear, fue la difusión y liberalización de los anticonceptivos, en especial de la pildora Pinkus. Este fenómeno que explotó precisamente en los años del movimiento contestatario, tuvo, además del efecto de secundar al hedonismo y de discutir la moral sexual conyugal que seguía a la tradición, el de proporcionar también un arma, como luego señalaremos, para la politización de los planes de control de la natalidad.

Tampoco podemos silenciar otra aportación demoledora —y que algunas escuelas siguen considerando todavía, aunque de forma y con técnicas menos brutales que la original—, que hicieron en el terreno de las terapias sexológicas los sexólogos estadounidenses William H. Masters y Virginia E. Johnson, cuyas teorías fueron retomadas por Kaplan y Skinner[353].

---

síntesis de estas etapas en la evolución de la cultura en materia de sexualidad en CICCONE L., Etica della sessualità, en el voi. coord. por E. SGRECCIA, Corso di Bioetica, Milán 1986, p. 69-94, con su bibliografía correspondiente; MELCHIORRE (coord.), Amore e matrimonio...; SCHELSKY, Soziologie der...

[351] KINSEY et al., Il comportamento sessuale dell'uomo, p. 556; CICOGNE, Etica..., p. 73.

[352] KARDINER A., Sex and mora/iíy, Nueva York 1954, p. 73, citado por CICCONE, Etica..., p.73.

[353] MASTERS W.H., JOHNSON V.E., Human sexual response, Nueva York 1966; ID., Human sexual inadequacy, Nueva York 1970; KAPLAN H., Nuoue terapie sessuali, Milán 1976; ABRAHAM B., PERTO R., Psicoanalisi e terapie sessuologiche, Milán 1979; SKINNER R., One flesh: sepárate persons, Londres 1976.

Remitiéndose a los dictámenes del conductismo positivista, los dos autores presentaron en su obra el estudio de las reacciones neurofisíológicas del acto sexual en el hombre y en la mujer, «reduciendo» la dinámica del gesto unitivo a un complejo entramado de reacciones mensurables. De tales reacciones se han mostrado mediciones por medio de instrumentos, se han divulgado grabaciones filmadas, sugiriendo su repetición como técnica «terapéutica» de laboratorio.

Algunas escuelas en Europa, e incluso en Italia, se inspiran todavía en esta visión positivista respecto de la terapia de las disfunciones sexuales, aunque han dejado a un lado ciertas modalidades —como la del compañero o compañera sustitutos—. Insistiendo de todos modos en ejercicios y «prescripciones» que representan una fuerte dosis de «reduccionismo biológico», prescinden del componente interior afectivo y espiritual del gesto sexual y conyugal, y suponen una separación entre la técnica terapéutica y los valores éticos de la persona[354].

Finalmente, hay que tomar en consideración esa otra ideología que ha nutrido el clima cultural en la misma dirección, la neomarxista, más limitada a las élites culturizadas

---

[293]

e ideológicamente activas, especialmente en los años del movimiento contestatario. Ya según Marx, la familia ha de estar vinculada con la productividad. Incluso los juegos infantiles deben concebirse como preparación a la actividad productiva y como educación al trabajo. Una señal trágica de este «carácter funcional» de la familia en relación con la productividad fue precisamente que la primera sociedad marxista considerase necesario el que la mujer ingresara en el mundo del trabajo, y que se requiriera también la legalización del aborto si impedía esta realización de la mujer trabajadora.

Para los neomarxistas, la revolución sexual, concebida como un segundo tiempo de la revolución social de liberación, debe ser el coeficiente principal para la instauración de una nueva sociedad, en la cual el hombre debe ser liberado no sólo del trabajo dependiente en la fábrica, sino también de la dependencia erótica y afectiva que se realiza en el matrimonio, así como de esa dependencia del espíritu que se da en la vida moral. El principal representante de esta ideología es H. Marcuse, con el cual se llega a pensar incluso en liberar a la sexualidad de la hetero-sexuali-dad, y a hablar de «polimorfismo» y, por tanto, de «libre elección del sexo»[355].

---

[354] DASTOU C, Le vicissitudini e le patologie della sessuologia, «Sanitá Telex (Il rotocalco del medico)», 1983, diciembre, 85, pp. 7-11.

[355] MARCUSE H., £ros y civilización, México 1974; AA.VV., Amore e matrimonio... pp. 458 ss.

El rechazo del nexo entre sexualidad, conyugalidad y familia, rompe el lazo de unión entre el amor y la vida en el seno familiar y hace totalmente circunstancial el hecho de la procreación. Los ideólogos radicalizados del movimiento feminista que inició con Simone de Beauvoir, conciben el derecho al aborto y a la anticoncepción como derechos de la mujer, adoptando un concepto de la liberación femenina de origen y extracción neomarxista y reivindicando para ella una función político-social como alternativa a la doméstico-familiar.

La capacidad de procrear, reprimida por el hedonismo y envilecida por la ideología marcusiana, ha sido incluso objeto de control y de programación en el ámbito de las políticas demográficas mundiales.

Tomando como referencia las teorías de Thomas Robert Malthus[356], el neomal-thusianismo las ha llevado al extremo, proporcionando las bases teóricas de las políticas antinatalistas puestas en marcha actualmente en el mundo.

Por lo demás, las teorías explicitadas por los neomalthusianos en el campo económico-social son tan poco consistentes como las de Malthus: la carencia de fuentes de energía o la contaminación creciente, que son los argumentos más recientes aducidos para apoyar el control de la natalidad, no están ligadas fatalmente

---

[294]

al aumento de la población, ni constituyen razones válidas para emprender una política mundial de carácter antinatalista. Las verdaderas razones estriban en el temor predominante de que la explosión demográfica en los pueblos en vías de desarrollo pueda amenazar al bienestar y la ayuda política de las grandes potencias económicas. Esta política neomalthusiana tan «agresiva», se concreta en imponer sobre todo a las sociedades subdesarrolladas, pero incluso a todo el mundo, la limitación de los nacimientos como contrapartida de las ayudas económicas para el desarrollo.

Mac Namara, presidente del Banco Mundial en 1968, decía:

«Como organismo de desarrollo, debemos dar prioridad al problema del crecimiento demográfico y pedir que los gobiernos que pretenden obtener nuestra ayuda hagan otro tanto y adopten una política capaz de estabilizar la tasa de crecimiento demográfico»[357].

---

[356] T. R. Malthus fue el primero que propuso la necesidad del control de los nacimientos con motivo de la supuesta falta de víveres en la tierra. Pronto, sin embargo, se vio que no tenía fundamento su teoría sobre el crecimiento geométrico de la población y aritmético de los recursos alimentarios. No obstante, como remedio para contener el crecimiento de la población sugería nada menos que casarse en edad más avanzada, la continencia y el «coitus interruptus» (MALTHUS T.R., Essay in the principal of population as it affects the future imprővement of society, 1798).

[357] DE LAGRANGE E., DE LAGRANGE M.M., BEL R., // complotto contro la vita, Milán 1979 (tit. orig., Lin complot contre le vie. L'avortement), pp. 114-115. Véase también TETTELBAUM M.S., WINTER J.M., La paura del declino demografico, Bolonia 1979.

Datos para apoyar esta teoría fueron aportados, por ejemplo, en el curso de un simposio internacional sobre las políticas demográficas en el mundo que organizó la Federación de las Universidades Católicas[358]: de 1950 a 1975 la población de América Latina se duplicó, siendo la tasa de crecimiento la más alta del mundo: la tasa de aumento de la población va de un mínimo del 35 por ciento a un máximo (en Venezuela) del 115 por ciento en este periodo (1950-1975). La disminución de la tasa en los últimos años se debe a las organizaciones privadas de planificación familiar y a la programación subsiguiente adoptada por los ministerios de Salud en algunos Estados como Brasil. En este país opera la organización privada para el «bienestar de la familia (BEN.FAM)» que despliega una activa propaganda anticonceptiva.

En 1970 el gobierno de Estados Unidos aprobó el Family Planning Services and Population Research Act, destinando enormes sumas para promover los medios anticonceptivos, mientras calificaba a esta campaña como lucha contra la pobreza. A pesar de la oposición del mundo católico, la AID (Agency for International Development) promueve activamente apoyos a las campañas de limitación de los nacimientos. El gobierno de Estados Unidos, aunque con tendencias alternas y proclamando el derecho de la libertad de los cónyuges para decidir el número de hijos, sigue no obstante ostentando el liderazgo en el mundo de las campañas de limitación de la natalidad[359]. Por lo cual seria honesto considerar estas acciones

[358] FoNSECA A., Politiche demografiche e contracezzione oggi nel mondo, «La Civiltà Cattolica», 1983, IV, pp. 134-148.

[359] Sobre esta programación internacional de las políticas de limitación de la natalidad, véase: SCHOOYANS M., L'avortement, problème politique, «Nouvelle Revue de Théologie», 1974, 106, pp. 1031-1053 y 1975, 107, pp. 25-50; TREMBLAY E., L'affaire Rockefeller. L'Europe occidentale en danger, Reuil-Malmaison 1979; DE LAGRANGE, DE LAGRANGE, BEL, Un complot...

[295]
como una forma más de colonialismo, y denunciar así la forma como se ha impuesto éste en el mundo mediante la anticoncepción, el aborto y la esterilización, apoyado por fuerzas muy definidas y por organizaciones internacionales, en un afán de dominación. La pildora se ha convertido en un arma política y en un medio de dominación económica. De esta manera, hoy es posible entender mejor el valor de la posición del Magisterio de la Iglesia católica, especialmente cuando Pablo VI, en la Humánete Vitae, declara que la vida es «inseparable» del amor conyugal, sustrayendo ambos al dominio del hombre[360].

En China, la población supera ya con creces los mil millones de habitantes, registrando entre 1975 y 1980 una tasa de natalidad del 21 por ciento. El gobierno ha fijado un techo de «crecimiento 0» para el año 2000 mediante la legalización del aborto y de la esterilización, y la presión social, retrasando la edad para casarse, proporcionando anticonceptivos gratuitamente y fomentando la inserción de la mujer en el trabajo.

La población de la India (700 millones de habitantes) se duplica cada cada 30 años, a pesar de los desesperados esfuerzos del gobierno que llegó a imponer la esterilización obligatoria después del segundo hijo, ley que decayó por la vigorosa oposición de la población; ahora la política se lleva más por la persuasión desde el punto de vista cultural. Gran acogida y notable éxito ha tenido en la India la propuesta de los métodos naturales.

África es el continente con las tasas más altas de natalidad y los más altos índices de mortalidad infantil: la población en conjunto crece al ritmo de un 3 por ciento al año, equivalente al más alto índice de miseria.

Europa experimenta una fuerte decadencia demográfica en el último decenio; en Italia se registra la tendencia ya cercana al «crecimiento cero», con fuertes diferencias entre el Norte y el Sur. Situaciones semejantes se comprueban en Francia, en Alemania y en los países nórdicos.

En los países de lo que fue la Europa del Este, donde Rusia fue la primera en introducir el aborto legalizado en 1920, se ha venido advirtiendo una tendencia a limitar el aborto, y a fomentar por parte del Estado el incremento demográfico; sin embargo, también en estos Estados se observa una disminución de la tasa de natalidad y de la tasa de crecimiento poblacional. Es un hecho cada vez más frecuente en el escenario contemporáneo, el ver cómo se levantan cada vez más voces de alarma ante el fenómeno de la decadencia demográfica, hasta el punto que en algunos países se han llegado a proponer y activar medidas políticas pro-natalistas[361].

---

[360] Acerca de estas consideraciones sobre el dominio de los procesos de la procreación, véase nuestro: Diuiefo mora/e e profezia en SGRECCIA E. (coord.), // dono della vita, Milán 1987, pp. 205-211.

[361] TEITELBAUM, WINTER, La paura del declino...

[296]

La síntesis de estas consideraciones es que en el mundo no se encuentra una línea uniforme ni capaz de encauzar los fenómenos; y que, sobre todo, en las políticas de los Estados no se ve, una capacidad para conciliar variables complejas y opuestas: los países más pobres son los más ricos por el incremento de la natalidad y el crecimiento demográfico; mientras que a la afirmación de la libertad de los cónyuges no se corresponden las políticas adecuadas que, por el contrario, tienden a condicionar e imponer una elección desde las instancias estatales.

La política demográfica mundial se debate entre dos lemas propagandísticos: «anticoncepción, para combatir la miseria» y «el mejor anticonceptivo es el desarrollo económico».

En este problema —que toca a la vida y sus destinos— pensamos que está presente un reclamo ético; es decir, el problema sólo puede tener una solución ética, mediante la educación en la procreación responsable: ni biologismo que fomente lo espontáneo, ni libertad sin normas éticas y una legislación coactiva, sino más bien el manejo responsable y consciente del amor y de la vida en el matrimonio.

Mientras tanto, las ideologías y las políticas antinatalistas, y finalmente las leyes, fueron involucrando a la medicina, corriendo ésta el riesgo de verse reducida a instrumento ejecutivo de las políticas predominantes o de la mentalidad común y corriente; pues es claro que la anticoncepción, el aborto o la esterilización, requieren de la intervención de la medicina y del médico.

Es bueno hacer notar la escalada que se ha producido en la aplicación de los planes de programación política de los nacimientos: se inició con la propaganda y la difusión de los anticonceptivos, se pasó en un segundo tiempo al aborto, llegándose de hecho a la esterilización voluntaria[362]. Esta gradación no es casual, pues la introducción del aborto requiere un terreno cultural anticonceptivo. Es decir, primero hay que crear la mentalidad para que los nacimientos sean considerados como un mal que hay que evitar, la antilife mentality, una vez establecida esta mentalidad, el aborto es la puerta de salida para las maternidades fuera de control. La esterilización, por su parte, se presenta a lo último como el medio más seguro y menos traumático para evitar los nacimientos, o bien incluso como un hecho ideológico liberador. Esta revolución cultural precisó de campañas propagandísticas especialmente donde las tradiciones culturales oponían y siguen oponiendo más resistencia. La búsqueda del medio más eficaz y más fácil para difundirlo socialmente llevó a estimular la investigación farmacológica para la

[362] Véase la reciente sentencia de la Corte de Casación del 18.6.1987 en la que se declara que la esterilización voluntaria no constituye delito. De esto se hablará más ampliamente en el capítulo sobre «Bioética y esterilización».

producción de anticonceptivos cada vez menos peligrosos para la salud y fármacos abortivos

[297]
(la «pildora del día después») que de esta manera pueden relegar incluso al ámbito doméstico el problema del aborto[363].

En Estados Unidos parece confirmarse en estos últimos tiempos una primera revisión de las políticas internacionales en cuanto a la elección de los métodos que se han de difundir y en especial para contener la difusión del aborto; pero aún es muy pronto para establecer la eficacia y duración de este replanteamiento.

La moral católica y la sexualidad

Antes de ofrecer una síntesis que oriente en el campo bioético y de adentrarnos en la consideración de los temas particulares, creo que será útil hablar de la aportación católica en materia de ética sexual; sin este componente difícilmente se comprendería el conjunto del debate, y hay que reconocer que muchas fundamentaciones naturales y racionales de la ética de la sexualidad encuentran en el ámbito de la reflexión católica su más amplio desarrollo y el respeto más pleno.

En el ámbito de esta reflexión se advierte un desarrollo doctrinal y una continuidad.

El desarrollo doctrinal surge ya a partir de las enseñanzas de Pío XII, pero se presenta sobre todo en el Magisterio conciliar, particularmente en la Constitución pastoral Gaudium et Spes[364] y en las enseñanzas de Pablo VI y de Juan Pablo II. Recordemos documentos de amplio aliento y resonancia como la Encíclica Humánete Vitae[365] de Pablo VI, la Exhortación Apostólica"Familiaris Consortio[366] y la Carta Apostólica Mulieris Dignitatem de Juan Pablo II; así como los discursos comentando los primeros capítulos del Génesis por parte del actual Pontífice, que han llamado la atención de teólogos y filósofos por el amplio desarrollo aportado a la filosofía y la teología de la corporeidad[367].

Numerosos han sido también los documentos de los Episcopados que se han hecho eco y han desarrollado enseñanzas doctrinales del

---

[363] Di PIETRO M.L., SGRECCIA E., La contragestazione ovvero l'aborto nascosto, «Medicina e Morale», 1988, 1, pp. 5-34.

[364] CONCIUO VATICANO II, Constitución pastoral «Gaudium et Spes», nn. 47-52.

[365] PABLO VI, Enciclica «Humanae Vitae», dei 25 de julio de 1968, en ZALBA M. (coment.), La regulación de la natalidad, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1978.

[366] La Exhortación apostólica Familiaris Consortio es del 22 de noviembre de 1981; la Carta apostòlica Mulieris Dignitatem es dei 15 de agosto de 1988.

[367] JUAN PABLO 11, Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano, Roma 1985. (Se trata de una serie de 129 discursos en las audiencias de los miércoles, entre el 5 de septiembre de 1979 y el 28 de noviembre de 1984; recopilación coordinada por el Instituto Juan Pablo II, de la Universidad Lateranense.)

Pontífice sobre todo en materia de aborto, anticoncepción y esterilización[368].

---

[298]

También son significativos los documentos oficiales de los Organismos de la Santa Sede como los de la Congregación para la Doctrina de la Fe y la Congregación para la Educación Católica[369].

La Instrucción sobre El respeto de la humana naciente y la dignidad de la procreación («Donum Vitae») sobre los problemas de la procreación artificial, además del tema que le es propio, encierra también un desarrollo en la visión de la corporeidad y de la sexualidad como momentos inseparables del amor esponsal y de la procreación.

Quien ha tenido la paciencia y la honestidad intelectual suficiente para leer con atención estos documentos, encuentra en ellos un enriquecimiento no sólo desde el punto de vista teológico-bíblico, sino también desde el filosófico, antropológico y ético a propósito de la sexualidad, con un oportuno conocimiento de los términos del debate cultural en curso.

La sexualidad es reconocida como dimensión de la totalidad de la persona, según una visión personalista siempre viva en la Iglesia, pero mejor esclarecida en los documentos recientes; se hace un reconocimiento de las aportaciones de las ciencias humanas como la psicología y la pedagogía, para un sano equilibrio y una adecuada educación sexual; se reconoce, asimismo, la función complementaria y la igual dignidad de la mujer (como «signo de los tiempos» se define la aspiración a la igual dignidad de la mujer en los documentos del Concilio); se reconoce el papel de la responsabilidad de los cónyuges en la regulación de los nacimientos (paternidad-maternidad responsable), y la función de Ja Jamüia en Ja sociedad y en la iglesia. El amor conyugal es entendido como el camino a la santidad de los cónyuges y la base del equilibrio para las personas y la familia. Cualquier sexofobia desaparece ante el pleno reconocimiento de la dignidad del cuerpo y de su significación coesencial en el amor esponsal y en la procreación. Este último desarrollo está presente, como hemos dicho, especialmente en la reciente Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación del 22 de febrero de 1987, más allá de la

---

[368] Véase BARBIERI, TETTAMANZI, Matrimonio e famiglia...

[369] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre Algunas cuestiones de ética sexual. del 29.12-1975, Ciudad del Vaticano 1975; Declaración sobre El aborto prouocado, del 18.11.1974; Carta a los obispos de la Iglesia católica sobre el cuidado pastoral de las personas homosexuales, «L'Osservatore Romano», 13 de octubre de 1986; Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, Ciudad del Vaticano 1987; CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓUCA, Orientaciones educativas sobre el amor humano. Lineamentos de educación sexual, del 1 de noviembre de 1983.

relevancia de los temas abordados específicamente, que se cuentan entre los más graves del momento histórico actual.

Hay que reconocer que incluso en el campo católico ha habido discrepancias y afirmaciones de ciertos teólogos aislados, que adoptan posiciones divergentes de la enseñanza oficial y muestran una adhesión marcada a los enfoques de tipo

---

[299]

«subjetivista», como ocurrió con toda la corriente de pensadores estadounidenses, en particular del **P.** Curran y el **P.** Me Neill, según los cuales el subjetivismo llega a convertirse en la justificación simple y sencillamente de muchos comportamientos sexuales anormales como la masturbación, la homosexualidad y las relaciones prematrimoniales[370].

La línea doctrinal del Magisterio católico se mueve, aun con los enriquecimientos culturales y teológicos de los que hemos hablado, en una línea de continuidad por lo que se refiere a algunos puntos centrales, como es la vinculación entre sexualidad y matrimonio legítimo, en el sentido de que el ejercicio de la sexualidad encuentra sentido y rectitud, plenitud humana y justificación, sólo en el matrimonio legítimo; establece también el lazo de unión en el ejercicio del acto conyugal entre la dimensión unitiva y la dimensión procreativa, en el sentido de que el acto conyugal debe permanecer abierto a la procreación y de que la procreación debe estar anclada en el acto conyugal, y esto en todo acto conyugal y no sólo en la diacronicidad de la vida conyugal; confirma la legitimidad de una responsabilidad procreadora de los cónyuges que hay que buscar de común acuerdo y con medios «no artificiales«, y por consiguiente, condena la anticoncepción, el aborto, la esterilización como anticonceptivo y la procreación artificial. En este amplio espectro de temas y problemas de vasta resonancia, la indicación propia de la moral católica, objetada a menudo en un primer momento, ha sido luego reconocida en muchas partes por el peso educativo de sus posiciones, por la autoridad de sus pronunciamientos e incluso por la exactitud de las previsiones sobre lo inadecuado de ciertos caminos, recorridos a menudo por un impulso contestatario y por estar a la moda.

---

[370] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Carta al P. Charles Curran, del 25.7.1986 n. 48/66, publicada en EUA por el National Catholic News Service (trad. it. en «L'Osservatore Romano» del 20.8.1986); ID., Carta a los obispos de la Iglesia católica sobre el cuidado pastoral de las personas homosexuales. Para los escritos a los que se refieren los documentos, véase: MCNHLL J.J., The Church and the homosexual, Kansas City 1976; CURRAN CE., Critical concerns in moral theology, Notre Dame (en) 1984. Para una información acerca de los problemas específicos del juicio moral sobre la homosexualidad con referencia a las posiciones del P. McNeill, véase PERICO G., Problemi di ética sanitaria, Milán 1985, pp. 267-290; ID., La cura pastorale delle persone omosessuali in un recente documento della S. Sede, «Aggiornamenti Sociali», 1987, 1, pp. 79-87.

Premisas antropológicas en materia de sexualidad y procreación

La primera verdad que debemos recordar se refiere a la relación sexo-persona. Esta relación implica -y subraya la del cuerpo-persona.

En la corporeidad vemos, en primer lugar, la diferenciación y la complemen-tariedad de los sexos. El cuerpo, dentro de una estructura fundamentalmente homóloga, revela una serie de factores de diferenciación que marcan básicamente

[300]

a toda la personalidad: tenemos ¡os factores cromosómicos (presencia de la X o la Y en el úitimo par de cromosomas); los factores endocrino-neurológicos vincu lados con los precedentes y marcados por la diferenciación de las gónadas, que son internas en la mujer (ovarios) y externas en el-hombre (testículos); la diferenciación continúa con los conductos, también diversos (conductos de Wolff en el hombre, conductos de Müller en la mujer); finalmente, están los caracteres fenotí-picos del sexo, o caracteres sexuales primarios y secundarios. Posteriormente nos ocuparemos de las anomalías de los estados de inter-homo-transexualidad. De todas maneras, toda la corporeidad en su morfología, en la voz, en los gestos, en las cualidades sensoriales y perceptivas, queda marcada por la diferenciación sexual[371], en su estructura fundamentalmente idéntica y homogénea.

El que el hombre y la mujer sean seres sexuados es para ellos un dato original, puesto que la experiencia personal no puede dejar de pasar desde su origen —es decir, desde la concepción— a través de la masculinidad o la feminidad. El ser sexuados adopta, además, en el hombre y en la mujer una peculiar originalidad en cuanto que se es varón o mujer en una dimensión y a un nivel diversos que en los animales: la feminidad y la masculinidad de la persona, precisamente y porque se expresa en el y por el cuerpo, lleva la densidad y la vitalidad de todo el ser, del espíritu ante todo, y es un reflejo de la «imagen de Dios»[372].

Resulta, por eso, muy fácil concluir que la corporeidad no existe si no está sexualmente diferenciada como corporeidad masculina y corporeidad femenina, y resulta igualmente intuitivo que la diferenciación no se limita a algunas características accesorias, sino que marca en profundidad y en el tiempo a toda la corporeidad. Lo cual, sin embargo,

---

[371] DE MARINIS L., BARBARINO A., SERRA A., Biologia della differenziazione sessuale, «Medicina e Morale», 1984, 2, pp. 155-166; BOIARDI G., Sessualità maschile e femminile tra natura e cultura, «Medicina e Morale», 1983, 1, pp. 12-24; SERRA A. , Le componenti biologiche della sessualità umana, en CIF (coord.), Uomo Donna... pp. 103-136.

[372] Véase JUAN PABLO O, L'unità originaria del'uomo e della donna nell'umanità, del 7 de noviembre de 1979, en Uomo e donna..., pp. 54-57; véase también CAFFARRA C., Introduzione, ibi., pp. 5-24; SCOLA A., Identidad y diferencia, Madrid 1989.

no equivale a decir que la corporeidad sea sólo sexualidad; el cuerpo tiene también otras funciones y dimensiones.

De esta premisa debemos concluir que la sexualidad marca igualmente a toda la personalidad: el espíritu y el «yo personal» son también hombre y mujer, y no sólo el cuerpo, precisamente porque es el espíritu (el yo personal) el que anima, informa y hace vivir a la corporeidad. Por esto la persona no sólo tiene un sexo determinado, sino que es hombre o mujer. Por consiguiente, toda la vocación personal en el mundo no podrá realizarse armónicamente sino aceptando y dando valor a ese determinado modo de ser.

La sexualidad humana, pues, no se puede reducir a una cosa o a un objeto, sino que es conformación estructural de la persona, una estructura significativa

---

[301]

suya antes aún que una función; como componente fundamental de la persona, la sexualidad reclama respeto y aceptación.

Manipular la sexualidad para que sea de signo opuesto es como manipular el patrimonio genético en el sentido de alterarlo: a! cuerpo se le recibe, el cuerpo es lo que es; Lo mismo hay que decir de la sexualidad. Podemos aplicar al sexo lo que K. Rahner afirma sobre la fecundación in vitro apelando al principio de «deducción transcendental»:

«El hombre debe acoger libremente su naturaleza tal como es, incluido el hecho de estar ya predeterminado. En realidad, no es un ser llamado a la existencia por propia iniciativa. De manera que la aceptación de esta determinación necesaria por parte de alguien ajeno a la propia existencia es y seguirá siendo perennemente una tarca fundamental, que incumbe a la libre existencia moral del hombre. Todo esto, aun refiriéndose a la "deducción trascendental", se presenta como necesariamente vinculado con la naturaleza misma del hombre»[373].

Quien ve la vida a la luz de la verdad de la creación sabe que esta deducción trascendental no es otra cosa que el don del ser personal y espiritual concedido por el Creador que da la vida y la actualización a ese cuerpo, con ese sexo, en esa existencia marcada por la diferenciación sexual, sin eliminar las «causas segundas» ni pasar por alto los procesos de procreación y fecundación, sino actuando dentro de ellos de igual manera que, por otra parte, actúa dentro de cualquier potencialidad que se hace realidad.

Pero avancemos en nuestro razonamiento. Lo que decíamos hablando de la corporeidad en general, lo tenemos que decir también respecto de la sexualidad: esto es, que ésta no agota toda la riqueza de la corporeidad ni menos aún la plenitud de la personalidad; por eso rio

[373] RAHNER K., II problema della manipolazione genética, en C1F-UEC1 (coord.), Uomo-Donna..., pp. 370-371.

realiza todos sus valores. El espíritu y el yo trascienden al propio sexo por plenitud de vida y riqueza de valores: la persona es más grande que su cuerpo, el cuerpo es más grande que el propio sexo.

Nadie podría vivir sin un cuerpo, en este mundo y nadie podría vivir si no es hombre o mujer; pero el ser personal es más grande que el cuerpo y el sexo. Esta verdad, en si misma evidente, implica que en la jerarquía de los bienes personales el sexo, aunque toca a la persona en su globalidad, no la agota en su plenitud. El bien total de la persona ocupa el primer lugar, con toda su riqueza trascendente y espiritual; la vida física es el bien fundamental portel que la persona se expresa ~en el tiempo, y es en la vida física en la que se inserta directamente la sexualidad. Por esto, si es cierto que nadie puede rehusarse a ser hombre o mujer, por esto mismo tampoco es igual de necesario ni posible que el sexo exprese toda la vida y que cada persona necesite expresar la totalidad de sus capacidades sexuales.

---

[302]

Como el acto no agota la facultad (un acto de pensamiento no agota la facultad de pensar) ni la facultad expresa a toda la persona (el hombre no es sólo pensamiento), de modo análogo debemos decir que el ejercicio de cada uno de los actos de la vida sexual no expresa la totalidad de la vida sexual, ni la vida sexual realiza a toda la persona.

Recordemos a este propósito lo que decía Juan Pablo II en la citada Audiencia del 7 de noviembre de 1979:

«La corporeidad y la sexualidad no se identifican enteramente. Aunque el cuerpo humano en su constitución normal lleva en sí los signos del sexo y es, por naturaleza, masculino o femenino, sin embargo el hecho de que el hombre sea cuerpo pertenece a la estructura del sujeto personal más profundamente que el hecho de que en su constitución somática sea también varón o mujer»[374].

Como .componente fundamental de la persona, la sexualidad condiciona el modo como se manifiesta y relaciona con los otros:

«Si la persona es un "yo" abierto al "tú", es un "estar en relación", y la sexualidad posee una dimensión relacional esencial. Es el **signo** y el **lugar** de la apertura, del encuentro, del diálogo, de la comunicación y de la unidad de las personas entre sí»[375].

Entendida de esta manera, la sexualidad se vuelve una necesidad de salir de la propia soledad, de comunicarse con los demás, de encontrarse en los otros: el varón y la mujer advierten la diferencia sexual y se sienten atraídos y orientados uno hacia el otro; y se quisiera descubrir del otro sexo los misterios más arcanos. Pero, en cambio, entre

---

[374] JUAN PABLO II, L'unità originaria dell'uomo..., p. 54.

[375] TETTAMANZI D., L'etica sessuale, en AA.VY, Sessualità da ripensare, Milán 1990, p. 28.

el varón y la mujer subsiste siempre una diferencia, un abismo insondable:

«[...] en cuanto hombre, el hombre varón está desde siempre junto a su contratipo, la mujer, sin poder no obstante llegar nunca a ella, así como, en cambio, tampoco lo puede la mujer respecto del hombre (...) Buscándose, el yo humano se dirige desde siempre hacia el tú e incluso lo encuentra, pero sin poder nunca entrar en posesión de esta alteridad. Y esto no sólo porque la libertad del tú no puede nunca, a partir del yo, ser controlada por ningún supraconcepto trascendental, dado que toda libertad humana se abre desde su lugar solamente hacia la libertad absoluta e infinita, sino también porque esta insuficiencia se encarna en la diversa constitución complementaria de los sexos»[376].

La dualidad del sexo, masculino y femenino, adopta entonces un significado diverso:

---

[303]

«La distinción sexual, que se muestra como una determinación del ser humano, es diversidad pero en la igualdad de naturaleza y de dignidad. La persona humana, por su naturaleza íntima, exige una relación de alteridad, que implica una reciprocidad de amor. Los sexos son complementarios: semejantes y disímiles al mismo tiempo; no idénticos, pero sí iguales en la dignidad de la persona; son iguales para entenderse, diversos para complementarse recíprocamente»[377].

Y hay que añadir también que la sexualidad no equivale a ejercicio de la genitalidad: para aclarar esa diferencia es necesario distinguir entre «relación sexuada» y «relación sexual-genital»[378].

La relación sexuada se actúa mediante la sexualidad entendida genéricamente, sin recurrir a la genitalidad: es lo que sucede en todas y cada una de las fases de la vida. Se trata de la relación común entre personas de diferente sexo basada en la estima, el respeto, la amistad, la afectividad, sin que por ello esté implicado el cuerpo sexuado a nivel de la genitalidad física.

La relación sexual-genital presenta, en cambio, como característica peculiar la totalidad de los componentes de la persona que dan vida a la apertura, al encuentro, al diálogo, a la comunión y a la unidad: se trata de una donación recíproca, personal y total.

De todo ello se deduce que el ejercicio de la actividad genital, que se expresa mediante los órganos genitales, no es el único modo de expresarse como varón o mujer; ni un sujeto en particular necesita determinantemente ejercer la actividad genital para que pueda decirse que está realizado como persona.

---

[376] *VON BALTHASAR H.U.,* Le persone del dramma: l'uomo in Dio, Milán 1982, n, p. 345.
[377] CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓUCA, Orientaciones **educativas...,** n. 25.
[378] TETTAMANZI, **L'etica sessuale...,** pp. 29-30.

Por esta razón, sigue siendo cierto que ser mujer no necesariamente equivale a ser madre o incluso esposa; y, viceversa, que ser varón no quiere decir necesariamente ser esposo y padre. Ya Santo Tomás, mucho antes de los movimientos feministas actuales, afirmaba que el matrimonio es un derecho natural, pero secundario: derecho natural primario es el de la vida; el matrimonio es naturalmente necesario para el género humano, pero no para el hombre en particular. Lo cual no quiere decir que la conyugalidad y la maternidad-paternidad se contradigan con el hecho de ser mujer o varón. Si no se capta esta diferencia, no se entenderá, entonces, la opción de la virginidad que hace un religioso, una religiosa, un sacerdote: el hecho de haber elegido vivir su propia sexualidad sin una actividad genital no los hace ciertamente ser menos hombre ni menos mujer.

Por tanto, resumiendo esta primera reflexión, diremos que la sexualidad está, inscrita en el ser humano, y por consiguiente, enraizada en la naturaleza humana; que marca a todo el ser humano, pero al mismo tiempo no lo agota.

---

[304]

Desde este punto de vista, estamos muy lejos del pensamiento de Simone de Beauvoir y de cuantos reducen la sexualidad a un hecho cultural; pero estamos también lejos del pansexualismo de ciertas corrientes psicológicas[379].

La sexualidad pertenece, como el cuerpo, a ese ser-tener, «soy y tengo», en el que la persona está presente, pero que ésta sigue trascendiendo.

La trascendencia del ser personal respecto del propio sexo no empobrece al sexo, sino que lo enriquece, de igual manera que el pensamiento puede dejar de expresarse en palabras verbalmente, pero no por eso empobrece a la palabra sino que la enriquece.

El hecho de que la sexualidad no se exprese siempre ni necesariamente en el ejercicio de la genitalidad, tampoco quiere decir que el ejercicio de la genitalidad no implique comprometer a toda la sexualidad y a toda la persona[380].

Yo, por poner otro ejemplo, no estoy necesitado, ni obligado, a poner mi finna en un contrato, ni vivo sólo para dedicarme a la compraventa de bienes raíces; pero, una vez que decido firmar el contrato, mi firma compromete a toda mi persona, no sólo en el momento en que trazo las pocas letras de que consta mi nombre, sino en todo el tiempo venidero.

[379] DE BEAUVOIR S., Le deuxième sexe, vol. 2, Paris 1949; MEAD M., Sex and tempérament in three primitive societies, Nueva York 1935; MELCHIORRE (coord.), Amore e matrimonio...
[380] VALERIANI A., Il nostro corpo corne comunicazione, Brescia 1964.

Yo valgo más que mi firma, y esto es lo que hace valioso el signo gráfico. Yo no estoy obligado a comprometerla en un contrato; pero si la empeño, me comprometo a mí mismo.

El sexo del cuerpo **y el** sexo psicológico

Hemos dicho que el sexo se inscribe en el cuerpo, pero que, con el cuerpo y en el cuerpo, contraseña a todo el ser personal, el cual sin embargo sigue siendo trascendente a través de la espiritualidad. Ya hemos analizado el papel del psi-quismo en la persona humana y hemos recordado que, según la concepción personalista, la psique no pertenece enteramente ni al organismo corporal —aunque hunda en éste sus raíces sensoriales, nerviosas y emocionales— ni totalmente al espíritu, que ejerce sobre este complejo psiquismo una consciencia vigilante y del cual recibe estímulos y condicionamientos. La concepción de la psique, por tanto, hay que entenderla en sentido «hilemórfico», como resultante de dos co-principios humanos, el físico y el espiritual o, como se expresan algunos psicólogos, meta-psíquico. Por esto, tampoco podemos reducir siquiera el espíritu a psiquismo ni considerar al hombre como resultante de tres co-principios ortológicos: el hombre ontológicamente es espíritu unido al cuerpo; en el interior de esta unidad vital es

---

[305]

donde se desarrolla y se inscribe, en toda la personalidad orgánica y consciente, el psiquismo.

También la sexualidad, pues, tiene su carga emocional y su mundo psicológico; hemos dicho ya que algunos psicólogos —desde este punto de vista del psiquismo, y por añadidura del psiquismo inconsciente— han querido interpretar todos los comportamientos humanos y sociales en una visión totalizadora[381].

Si bien esta visión totalizadora es excesiva, no podemos negar sin embargo que la vitalidad psíquica enriquece, condiciona y dramatiza también a la vida sexual. Conflictos y tensiones, pasión y eros se encuentran al interior de la vida psicológica de las personas, y aun cuando no constituyan ciertamente toda la vida psíquica, la afectan profundamente. También en el psiquismo, como en la corporeidad, se hace viva la complementariedad de los sexos y su atracción recíproca.

No es tarea nuestra recordar aquí las etapas del desarrollo psicosexual de la persona ni trazar los caracteres diferenciales del psiquismo sexual. En el terreno de la psicología evolutiva los autores están más de acuerdo; lo están menos, en cambio, en el campo de la psicología diferencial[382]. Pero de todos modos, se ve claro que las

[381] FREUD S., Compendio di psicoanalisi, Turín 1963.

[382] SIMON R., Amore e sessualità, matrimonio e famiglia, en L'ateismo contemporaneo, vol. III, Turín 1969; JANNIÈRE A., Anthropologie sexueìle, Paris 1964.

diferencias psicológicas no se pueden anular o atribuir enteramente a meros influjos socio-culturales. La cultura no constituye por sí sola esta diferenciación en la psicología del hombre y la mujer. La cultura puede influir, ciertamente, al acentuar ciertos roles e inducir ciertos prejuicios y falsas sensibilidades (hombre activo/mujer pasiva; hombre fuerte/mujer débil, etcétera); pero no toda la psicología proviene de la cultura: la psique hunde sus raíces tanto en el soma como en el espíritu, que la empapa con su vitalidad[383].

Por lo demás, se requería recordar estas nociones elementales para señalar que, al armonizar la sexualidad corporal y la psicológica, se pueden plantear conflictos y dificultades; y que también sobre la sexualidad psicológica pesa el influjo del ambiente cultural. Se pueden dar entonces no sólo dificultades en el desarrollo, sino también auténticas y profundas anomalías del psiquismo por las que el sexo físico no es aceptado, recurriendo a la sexualidad psíquica para cambiar la física[384].

Por encima de la problemática normal en la armonía del ser humano —problemática que la Iglesia católica explica mediante la verdad del pecado original—, se trata en estos casos de auténticas perturbaciones de las que hablaremos a continuación. Digamos desde ahora que no se puede buscar la solución suprimiendo simple y sencillamente uno de los dos componentes (el físico o el psíquico), suponiendo

---

[306]

que esto fuera posible, sino que consiste en armonizar ambos, en lo posible a través del espíritu, la educación y, cuando sea necesario, la ayuda de la ciencia psiquiátrica.

La libertad-responsabilidad respecto del sexo

Dentro de este complejo dinamismo físico-psíquico y cultural, y por encima de él, están la espiritualidad del hombre, su libertad y responsabilidad. La sexualidad no puede carecer de esta vitalidad espiritual que la enriquece, la armoniza en sus componentes y en sus dinamismos, la expresa en la relación interpersonal y en el proyecto global del crecimiento personal. Prescindir de esta dimensión y de la corriente de vitalidad espiritual en el estudio de la sexualidad, sería reducirla al mecanicismo psicofísico o a una elaboración cultural; querría decir, en otras palabras, caer una vez más en el reduccionismo.

Es oportuno recordar que, tanto en éste como en otros campos de la actividad humana, no puede haber libertad sin responsabilidad; la libertad en este caso no puede prescindir, responsablemente, del bien que gestiona, el sexo y la actividad sexual, ni puede prescindir tampoco

[383] DE BEAUVOIR S., Le deuxièmme sexe; GEVAERT, Il problema dell'uomo, pp. 8-85.
[384] CASTAGNET F., Sexe de l'àme et sexe du corps, Paris 1981.

de toda la riqueza personal que el sexo comporta, de la vida personal que pone en juego ni del eventual impacto con otras personas o con la familia, si se ha constituido ya. Por más que vaya siempre acompañado de la palpitación de la espontaneidad, el sexo nunca es un mero juego ni puede prescindir de la obligada riqueza de la espiritualidad.

Por esto, toda la vida sexual deberá estar acompañada por la responsabilidad; y ello tanto más, cuanto la sexualidad esté comprometida con el amor conyugal y con la procreación de otras personas. Responsabilidad quiere decir también aceptar la sexualidad por lo que ella es y por lo que comporta en sus significados y en sus consecuencias.

Hasta aquí hemos querido recordar los fundamentos personalistas de la sexualidad, sin los cuales no es posible comprender los pasos siguientes a la conyugalidad y a la procreatividad.

Conyugalidad y procreatividad

La sexualidad humana tiene una estructura de carácter complementario y se presenta como capacidad de apertura de todo el ser a la conyugalidad. Esta afirmación, aunque sea una verdad de perogrullo, reviste capital importancia y por eso hay que sopesarla atentamente.

La estructura corpórea, en la que leemos la dimensión de toda la persona, indica que la sexualidad diferenciada y complementaria está orientada a la unión heterosexual. Desde los cromosomas y el componente endocrino, hasta la estructura

---

[307]

anatómico-funcional de los conductos internos y del sexo fenotípico, todo indica que el ser personal hombre-mujer, dentro de una fundamental identidad de cuerpo y espíritu, presenta también una complementariedad que es señal a un tiempo de pobreza, qué pide ser complementada, y de don, que ofrece complementación.

Esta complementariedad se realiza plenamente —aunque no determinantemente (en el sentido de que no se está necesitado de ejercerla), pero sí con una fuerte tendencia— en la conyugalidad, esto es, en la unión física, psíquica y espiritual con el sexo opuesto. Cuando, haciendo una opción libre, se actúa esta complementariedad en la conyugalidad, la unión interesa a la totalidad deja persona y no sólo a una desús partes. Cuando el hombre y la mujer se unen, si el acto humano es pleno, involucra al cuerpo, al corazón y al espíritu; si falta una de estas dimensiones, se trata entonces de una unión humanamente incompleta y objetivamente falsa, porque el cuerpo no tiene sentido sino como expresión de la totalidad de la persona. Conyugalidad, por esto, habla de totalidad de unidad que se expresa en el don recíproco y total de las personas. Tratándose del don de la persona, plenamente humano cuando es total como contenido y total como vínculo de estabilidad. La

persona no se descompone en partes separables, ni en sentido ontológico ni en sentido cronológico. Por tanto, la conyugalidad habla de perennidad y estabilidad del vínculo unitivo y esto no sólo por la necesidad de dar un ambiente educativo estable a la prole eventual, sino ante todo, porque se trata del don de sí, de toda la propia subjetividad. Sigue siendo cierto que la persona no agota todo su ser en la sexualidad, pero también lo es que la sexualidad marca, involucra y envuelve por completo a la totalidad de la persona. Recordemos la relación cuerpo-persona para comprender al sujeto sexo-persona. Volvemos a la comparación de la firma con que yo suscribo un contrato libremente: no estoy obligado a ello, no vivo sólo por este contrato, pero si pongo mi firma ésta implica no sólo a la mano que traza el signo, sino a toda la persona y mi libertad-responsabilidad, y no vale sólo por un momento, sino por todo el tiempo que indica el contenido del contrato.

Lo mismo vale para el lenguaje existencia! de la conyugalidad: no estoy obligado a ello de un modo determinista, sólo tengo la facultad de efectuar actos sexuales; pero si realizo esta unión, ello implica todo lo que significa, suponiendo y expresando el don total y estable de mi persona. Una vez más, eticidad en el hombre significa realización de la totalidad en la armonía y jerarquización de los valores.

Con frecuencia estamos tentados de pensar que la moral es expresión de constricción. Requiere, en efecto, dominar las fuerzas personales para que éstas no se dispersen en la anarquía; pero la moral es realización de la plenitud del ser en la conciencia del actuar.

Al estrechar la mano de un amigo no implico en ello sólo los movimientos físicos y mecánicos, sino que expreso el sentimiento y el reconocimiento de la

---

dignidad y de la acogida respecto de ese amigo; si así no fuera, sería un gesto falso y no humano[385].

De esta estructura omnicomprensiva —o mejor, omniexpresiva— de la conyu-galidad en que tiende a realizarse la sexualidad, se derivan algunas consecuencias en el plano bioético.

Ante todo, no tiene sentido el ejercicio de la sexualidad de manera autoerótica (masturbación), egoísta y en situación de provisionalidad, es decir, antes y fuera de la conyugalidad, precisamente porque el don del cuerpo es signo del don comprometido y estable de la persona. Para los creyentes, el Sacramento de la Fe cristiana enriquece esta totalidad con el don de participación en el amor divino y con una gracia de consagración. Pero aun prescindiendo de la Fe y del Sacramento en armonía con las exigencias del plano sobrenatural, podemos decir que la estructura misma de la sexualidad conyugal es la que hace que no tenga

[385] Para una reflexión sobre la filosofía del acto humano y del acto conyugal en particular, véase SGRECCIA E., Il reduzionismo biologico in medicina (editorial), «Medicina e Morale«, 1985, 1, pp. 3-9.

sentido, o tenga sólo un sentido incompleto, el ejercer la sexualidad fuera de la conyugalidad y de la plenitud humana[386].

Esa unidad indivisible de la entrega de sí mismo motiva también la unidad del matrimonio y condena toda forma de poligamia, poliandria y divorcio, e incluso, como decíamos, las relaciones extraconyugales ocasionales.

Por lo que concierne a la masturbación, aquí sólo referimos el dato objetivo, prescindiendo hablar de los actos patológicos o de condiciones particulares de neurolabilidad, que pueden subjetivamente disminuir la imputabilidad[387]. Y como dato objetivo, resulta un comportamiento egocéntrico y contrario al sentido propio de la sexualidad, y por tanto ilícito.

También el delicado problema de la homosexualidad se puede configurar, en un cierto estadio de su ejercicio, más como una enfermedad que hay que tratar mediante la psicoterapia —que, por lo demás, no da fáciles resultados—, que como un vicio deliberado; desde un punto de vista objetivo y salvo el juicio de imputabilidad subjetiva —no siempre posible ni imputable al sujeto interesado—, hay que considerarla como una anomalía que se debe prevenir, curar y corregir, mientras sea posible y en los límites de lo viable; porque la sexualidad tiene una orientación objetiva heterosexual hacia la conyugalidad, y sólo en esa configuración

---

[309]

alcanza su plenitud[388]. Pero de la homosexualidad, así como de otros trastornos o anomalías de la sexualidad, nos ocuparemos en el segundo volumen de esta obra.

Significados de la conyugalidad y del acto conyugal

Las otras consecuencias que se derivan de la conyugalidad, es decir del encuentro estable, pleno y consciente, y de la unión de dos personas de sexo diverso, son las siguientes: la dimensión unitiva y la dimensión procreativa, vinculadas con el acto sexual; y la dimensión familiar y la dimensión social, que dimanan del pacto de unión y de elección interpersonal.

---

[386] HARING B., voz Sessualità, en Dizionario Enciclopedico di teologia morale, pp. 993-1005; ID., Rapporti sessuali prematrimoniali e morale, Roma 1973; SCHLEGELBERGER B., Rapporto sessuale prima **e** fuori del matrimonio, Roma 1974.

[387] Véase CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre Algunas cuestiones...; Rossi L., voz Masturbazione, en Dizionario Enciclopedico di teologia morale, pp. 614-625; AA.VV., Elementi di medicina e psicologia pastorale, Brezzo di Bedero 1969, pp. 205 ss NALESSO A., L'autoerotismo nell'adolescente, Turín 1970.

[388] Véase CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre Algunas cuestiones...; HARING B., voz Omosessualità en Dizionario Enciclopedico di teologia morale, pp. 682-688; ID., Etica medica, Turín 1973, con una amplia bibliografia; MASSONE A., Cause e terapie nell'omosessualità, Brezzo di Bedero 1970.

Estos temas son de gran actualidad en el momento cultural presente, especialmente en relación con las discusiones sobre los problemas de la procreación responsable, las discusiones acerca de la llamada libertad sexual y el amor libre, la fecundación in vitro, etcétera.

El acto sexual es proporcional a la constitución misma de la sexualidad: la filosofía del ser repercute en la filosofía del actuar; por tanto, el acto físico de unión sexual implica simultáneamente la capacidad de significar y actuar la unión de los dos sexos [logos unitivo) y la aptitud objetiva para procrear (logos procreativo). Que, luego, los actos aislados no siempre resulten procreadores de hecho o psicológicamente unitivos debido a algún obstáculo, querido o no, esto no quita nada a la finalidad a que está destinado el gesto. Al igual que la unión sexual sólo se puede realizar mediante el acto sexual, la procreación está inscrita igualmente en la constitución misma y en la finalidad del mismo acto conyugal.

En el plano ético, por tanto, será plenamente comprensible y se llenará de realidad humana el acto sexual que —en sí y por sí mismo— simultáneamente tienda, en virtud de la realidad objetiva e intencional, a expresar la unión total (física, psicológica y espiritual) de las dos personas, hombre y mujer, y al mismo tiempo, esté abierto —en su objetividad— a la procreación[389].

Enseguida veremos las repercusiones de este principio de la totalidad en el problema de la procreación responsable. Baste decir por ahora que no es éticamente correcto un acto sexual entre un hombre y una mujer cuando es sólo un acto biológico, sin amor unitivo, afectivo y espiritual; o cuando, por el contrario, es un acto de amor tendente a la unión, pero que coarta la complementación biológico-

---

[310]

procreativa. En otras palabras, no se puede distinguir «el amor» de «la vida», que son valores expresados y connaturales simultáneamente en la actividad sexual.

Otra connotación que se deduce de la conyugalidad es la dimensión familiar por familia entendemos la unión estable de las dos personas y la disposición a acoger a los hijos. Se sabe que algunas teorías sociológicas de enfoque historicista han declarado simplemente como «cultural« e «histórica» a la familia como institución estable, y por esto mismo no ligada a la naturaleza de la sexualidad conyugal. Las razones en favor de la unidad-estabilidad del vínculo matrimonial provienen del hecho de que, si el don recíproco del hombre y de la mujer es humano, implica a la totalidad de cada una de las personas; una

---

[389] AA.VV., Liberi e responsabili collaboratori del Dio Creatore, Centro de Estudios e Investigaciones sobre la Regulación Natural de la Fertilidad, Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica, Roma 1980; HÁRING B., Libertad y fidelidad en Cristo, voi. ni; CAFFARRA C, La trasmissione della vita nella «Familiaris Consortio», «Medicina e Morale», 1983, 4, pp. 391-399.

totalidad entendida tanto en sentido intensivo (físico, psicológico y espiritual) como extensivo.

La persona no se da en préstamo y «por un tiempo» en la sexualidad, porque los dos llegan a constituir una unidad interpersonal: «serán dos en una sola carne» dice la Sagrada Escritura, cosa que incluso es comprensible por la razón. Esa unidad-indisolubilidad es requerida también por la dimensión procreativa: el posible nacimiento de los hijos, congruente con el ejercicio de la sexualidad, comporta, en virtud de las exigencias de una unidad educativa, la continuidad del núcleo que la origina. El desarrollo educativo, incluso a nivel inconsciente, de los procesos de identificación de la personalidad del hijo implica la estabilidad del núcleo originario y parental. El divorcio, por tanto, así como el amor y la convivencia libres, no sólo son contrarios a la fe cristiana y al sacramento, sino también a la fisonomía propia y a los dinamismos intrínsecos de la sexualidad masculina y femenina.

La última connotación es la sociabilidad. La unión del hombre y de la mujer en el matrimonio y en la familia es ya una forma típica de sociabilidad, pues constituye el origen, al mismo tiempo, de la sociedad y de la socialización primaria de los sujetos. Pero lo que aquí queremos resaltar es que también la sociedad en su conjunto, como comunidad autorizada, está interesada e implicada en relación con la familia, precisamente porque es su fuente originaria y su manantial permanente.

Esto implica el hecho de que la sociedad debe estar informada de la constitución de la familia, y de alguna manera debe reconocerla como tal. El reconocimiento jurídico y público no debe verse como un vínculo que coarte, sino como un acto de valorización y de compromiso. La sociedad reconoce y se compromete a defender y a promover las necesidades y los derechos originarios de ese vínculo. Los requerimientos de alimentación, de trabajo, de vivienda y de servicios sociales para la familia no son regalos ni imposiciones, sino deberes que tiene la colectividad para con la familia. La pareja, por otra parte, está obligada a externar la voluntad de formar constitutivamente una familia y a inspirar confianza sobre lo fundado de esta intención. Mientras que, por otro lado, la convivencia libre —el «matrimonio sin papeles»— no respeta ni permite esta garantía pública ni reconoce el alcance social del matrimonio.

---

[311]

Precisadas estas dimensiones de la sexualidad que se inscribe en la concepción global y enriquecedora de la persona humana, podemos comprender mejor los problemas particulares que se plantean en la vida conyugal y el ejercicio de la sexualidad.

Ética de la procreación responsable y de la anticoncepción

Ante todo, hay que recordar un principio general que se refiere a la moralidad de cualquier elección humana: para que una acción sea recta se requiere que el fin sea recto también, esto es, que esté conforme con el bien de la persona humana; e igualmente se requiere que sean rectos los medios, es decir, que también éstos sean conformes con el bien total de las personas y coherentes con el fin. Por consiguiente, también este principio hay que aplicarlo al hecho de la procreación humana.

La procreación humana es el acto más altamente investido de eticidad; es una de las más importantes elecciones de la pareja, uno de los ftnes principales del matrimonio, que tiene como resultado el nacimiento de una nueva persona humana.

Por consiguiente, la procreación, inscrita entre las finalidades de la sexualidad y complementariedad de los sexos, es lícita; y quien ha hecho la opción conyugal no puede excluirla. Excluir la fecundidad de una unión que está orientada precisamente a ella, supone contradecir la finalidad del acto conyugal. Sin embargo, no se puede hablar de «derecho al hijo»; el derecho que emana del matrimonio es el de poder hacer actos en sí fecundos; pero la fecundidad efectiva puede depender de otras causas. Por lo demás, el derecho al hijo es una expresión impropia, porque nadie tiene «derecho» a poseer a una persona como si fuera una cosa.

Para el creyente, el acto de procrear adquiere un significado aún mayor, porque implica una intervención especial de Dios creador:

«En el origen de toda persona humana hay un acto creativo de Dios; ningún hombre viene a la existencia por azar: siempre es el término del amor creador de Dios. De esta verdad fundamental de la fe y de la razón se deriva que la ca-,/ pacidad de procrear, inscrita en la sexualidad humana, es —en su verdad más profunda— una cooperación con la potencia creadora de Dios. Y se deriva también que no son arbitros, ni dueños, de esta misma capacidad, llamados como están, en ella y mediante ella, a ser partícipes de la decisión creadora de Dios»[390].

En el acto fecundativo se da, pues, un doble movimiento: una tensión de la fuerza generadora humana dentro de la potencia creativa de Dios, disponible desde la

---

[312]

creación de Adán y Eva; pero antes, y en correlación con esta tensión humana, se ha dado una primera condescendencia de Dios, que hace que su creación dependa desde el origen de un proceso entregado en manos de su misma criatura.

« ¿Qué reproduce el hombre? [...] Se puede hablar a este propósito únicamente de una tendencia natural de la energía generativa humana dentro de la fuerza creadora divina abierta y puesta a

[390] JUAN PABLO II, Discurso a los sacerdotes participantes en un seminario de estudio sobre «La procreación responsable» (17.9.1983), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, VI 2, pp. 561-564.

disposición con la creación del hombre; y por esto, viéndolo desde el lado divino, de un rebajamiento de Dios [...), el cual hace que su creación dependa de un proceso puesto en marcha por voluntad de las criaturas. La profundidad de este misterio aparece a plena luz sólo cuando el niño es visto no como res patrís, como cosa del padre, sino en la inmediatez a Dios de su personalidad»[391].

Hay, pues, una entrega de la libertad increada (Dios) a la libertad creada (hombre). Y los cónyuges no pueden olvidar nunca esta realidad ni la gran labor que se les ha encomendado:

«Por consiguiente, cuando mediante la anticoncepción, los esposos privan al ejercicio de su sexualidad conyugal de su potencial capacidad procreadora, se están atribuyendo un poder que pertenece a Dios: el poder de decidir en última instancia la venida a la existencia de una persona humana. Se atribuyen la calificación de ser no cooperadores de! poder creador de Dios, sino los depositarios últimos de la fuente de la vida humana»[392].

Pensar lo contrario quiere decir no sólo tener en poca estima a Dios, sino también a la misma vida humana.

La eticidad de la persona, por consiguiente, deberá inspirarse en los siguientes principios:

El principio de responsabilidad

Este principio implica que es a la pareja hombre-mujer, legítimamente constituida en el matrimonio y en la fundación de la familia, a la que compete la decisión de procrear o no. así como decidir sobre el número de hijos. Decisión, por lo demás, que el Estado no puede coartar, al ser un «derecho» personal y de la pareja.

Cualquier legislación que establezca un máximo o un mínimo de hijos o que, peor aún, imponga la esterilización; o que, en cualquier caso, aplique sanciones o penas sobre el número de hijos, es una legislación ilícita. El Estado puede iluminar en este aspecto o alentar con razones válidas de bien común, pero no puede imponer algo directa o indirectamente.

---

[313]

Considerada desde el punto de vista de cada una de las personas de los cónyuges y en la pareja, esa responsabilidad se evalúa en orden a los valores involucrados y las condiciones en que pueden hacerse realidad. La.primera responsabilidad procede del conocimiento y, luego, de la tensión hacia la verdad del acto de procrear:

«Sólo el conocimiento de la verdad sobre la persona hace posible el compromiso de la libertad a su respecto. El amor consiste en el

[391] VON BALTHASAR, Le persone del dramma..., p. 350.
[392] JUAN PABLO II, Discurso a los sacerdotes participantes...

compromiso de la libertad: es una donación de sí y entregarse significa precisamente limitar la libertad propia en beneficio de otros. La limitación de la libertad podría ser en sí misma algo negativo y desagradable, pero el amor, en cambio, hace que sea positiva, gozosa y creadora. La libertad está hecha para el amor. Si no se usa, si el amor no la aprovecha, se vuelve justamente algo negativo, le causa al hombre una sensación de vacío. El amor compromete la libertad y la colma de lo que por naturaleza atrae a la voluntad: el bien. La voluntad tiende al bien y la libertad es una propiedad de la voluntad; he aquí por qué decimos que la libertad está hecha para el amor: en efecto, precisamente gracias al amor, el hombre participa en el bien»[393].

¿Cuál es la verdad del acto procreador? Como ya lo hemos dicho, la verdad total de este acto es que exprese toda su realidad objetiva, psicológica, corporal y procreadora, prescindiendo del hecho de que la procreación se realice de hecho en cualquier gesto de amor esponsal.

Se adopta una actitud responsable —en cuanto orientada por y hacia la verdad, como fruto de una opción libre—, si se respeta la integridad del acto conyuga aun efectuándolo con la previsión y en el tiempo que permitan un nacimiento efectivo, p bien permitan distanciarlo. No es responsable, por el contrario, manipular el acto conyugal en su objetividad total y personal, de manera que exprese solamente la dimensión psicológico-afectiva y no la procreativa, o exprese solamente un hecho biológico-físico, en vez de también la unión afectiva y espiritual.

El acto conyugal abarca estas dos dimensiones que son íntimamente interdependientes entre sí y no unidas accesoriamente: manipular quiere decir, en este caso, dividir y separar en cada acto en particular el aspecto amor del aspecto vida; quiere decir reducir este acto de amor que es personal y, por tanto, total; quiere decir no reconocer la verdad de una realidad y de una norma, norma inscrita en la naturaleza misma del hombre: «Llamando a los hombres a la observancia de las normas de la ley natural interpretada por su doctrina constante, la Iglesia enseña que todo acto matrimonial debe seguir estando abierto a la transmisión de la vida»[394].

---

[314]

Del reconocimiento de esta verdad se deriva la responsabilidad para con uno mismo, con la pareja propia, con el que va a nacer y con el Creador.

La responsabilidad para con uno mismo y para con la pareja comporta el exigir de manera recíproca el reconocimiento del propio ser persona, que debe ser respetada y no explotada; se sigue de ello que, por ejemplo, el hombre, el esposo, que agrega a la mujer la carga de

[393] WOJTYLA K., Amor y responsabilidad.
[394] PABLO VI, Encíclica «Humanae Vitae», n. 11.

programar los nacimientos, imponiéndole opciones anticonceptivas o incluso abortivas, no reconoce su propia dignidad.

Ambos cónyuges tienen una responsabilidad respecto del acto sexual en cuanto tal y respecto de la propia fertilidad en general:

«En relación con los procesos biológicos, paternidad responsable.significa conocimiento y respeto de sus funciones: la inteligencia descubre, en el poder, de dar la vida, leyes biológicas que forman parte de la persona humana. Luego, cuando se trata de la dimensión psicológica de las tendencias del instinto y de las pasiones, la paternidad responsable significa el necesario dominio que la razón y la voluntad deben ejercer sobre ellas»[395].

Desde esta perspectiva, la pareja es provocada e inducida a establecer un entendimiento hecho de conocimiento recíproco de los ritmos vitales y de las exigencias biológicas, hecho de opciones comunes y armonizadas, así como dg renuncias comunitariamente decididas y buscadas, sin imposiciones ni instrumentaciones.

En el ámbito de la dimensión objetiva de la responsabilidad, entra también la valoración del bien de los hijos ya nacidos o que puedan nacer: ser padre y madre responsable no quiere decir exclusivamente tener pocos hijos, sino que significa evaluar de modo objetivo y según

«una conciencia que sea conforme con la ley divina-misma, dócil al Magisterio de la Iglesia —que interpreta de manera auténtica esa ley a la luz del Evangelio—», «ya sea con la deliberación ponderada y generosa de tener una familia numerosa, o bien con la decisión, tomada por graves motivos y en el respeto de la ley moral, de evitar un nuevo nacimiento durante algún tiempo o por tiempo indefinido»[396].

Junto con el derecho a procrear se reconoce, pues, el derecho de «no procrean», en el sentido de que los cónyuges, en determinadas condiciones, tienen el derecho de llevar acabo actos cuya no fertilidad se puede prever, o abstenerse de actos fecundos; y que en ciertos casos pueden hasta excluir toda fecundidad por causas independientes de su voluntad (riesgo de perder la vida o peligro para la salud). En estos casos ese derecho deberá expresarse en el sentido de que obligará a «no

[315]

llevar a cabo actos fecundos» con modos legítimos; no estaría justificado, por ejemplo, el aborto en nombre del derecho de no procrear[397].

Hay que hacer notar que la propensión subjetiva a la fecundidad de la pareja está de hecho influida por el amor a la vida y por el estado de

---

[395] JUAN PABLO II, Paternità e maternità responsabili alla luce della «Humanae Vitae» (1.8.1984), en Insegnamenti di Giouanni Paolo II, VII, 2, pp. 144-151.

[396] PABLO VI, Enciclica «Humanae Vitae», n. 10.

[397] Sobre el concepto de procreación responsable y los criterios de referencia para una responsabilidad semejante, véase PABLO VI, Carta encíclica «Humanae Vitae», nn. 10 y 13.

confianza en la sociedad; por lo que quien no ama su propia vida y quien tiene miedo de vivir, expresa este miedo también limitando los nacimientos: es ésta también una señal de la necesidad de armonía y conexión de los valores morales; y es importante que una sociedad que pretenda alentar la vida, sepa crear una «cultura» favorable a la vida y a su expansión.

La responsabilidad subjetiva y objetiva son inducidas y unificadas por la dimensión trascendental.

Si el cónyuge creyente reconoce el valor de persona, de criatura, presente en el otro, no puede dejar de consentir plenamente en ser compañero del Creador mismo, partícipe de su amor fecundo y unitivo. La persona reconoce en sí el don de un amor trascendente y de una responsabilidad procreadora, reconoce que la vida del hijo es un don del Creador antes aún que fruto del amor conyugal; el proyecto creacional se percibe, entonces, como una «deducción trascendental» y no como una simple función temporal, ni menos aún como una operación inmanente y manipuladora. Es por esta razón por la que el creyente siente que el acto conyugal no es un gesto cualquiera ni que la procreación es simple reproducción, y que, por tanto, no puede ser ni falsificado ni contrariado en su estructura.

El principio de la verdad del amor

Este principio concierne al contenido del amor humano y, por ello, al método para buscarlo. La fecundidad o procreación deberá descubrirse como la expresión de un amor verdadero de las dos personas, objetiva y totalmente verdadero[398].

Para comprender a fondo esta verdad integral del amor conyugal, se necesita recordar ante todo que el acto conyugal tiene una dignidad ético-ontológica particular, que lo distingue de otras actividades humanas (lúdicas, poéticas o productivas); se trata del acto que por sí mismo está abierto a dar la existencia, la vida, no a un objeto, sino a una persona; se trata, además, de un acto que implica a la

---

[316]

totalidad de las dos personas (dimensión física, afectiva y espiritual) en una forma de unión que es por esto totalizadora. Para el creyente —aunque también para la razón humana— este acto implica una especial

[398] CAFFARRA, La trasmissione della vita...; FINNIS J.M., Personal integrity, sexual morality and responsible parenthood, «Anthropos», 1985, 1, pp. 43-55; GRISEZ G., Contraception and the Natural Law, Milwaukee 1964; Lio E., «Humanae Vitae« e coscienza, en AA.VV., L'insegnamento di K Wojtyla teologo e papa, Roma 1980; cfr. Atti del u Congresso Internazionale per la Famiglia d'Africa e d'Europa: «Procreazione responsabile: ¿quale realtà per la famiglia oggi?», Roma 12-15 de marzo de 1988, coord. por el Centro Studi e Ricerche sulla Regolazione Naturale della Fertilità, Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Católica del Sgdo. Corazón, Roma 1989.

intervención de Dios creador, hasta tal punto que se habla de «procreación» por parte de los cónyuges.

Facultad de los cónyuges es realizar o no el acto conyugal, y responsabilidad suya hacerlo con la previsión y en los tiempos que permitan o no un efectivo nacimiento; no les compete, en cambio, la posibilidad moral de manipular el acto mismo en su objetividad total y personal, de forma tal que exprese únicamente la dimensión psicológico-afectiva y no la de procreación, o bien exprese sólo un hecho biológico físico y no la unión afectiva y espiritual de orden superior.

El acto conyugal abarca estas dimensiones que son intrínsecamente independientes entre sí y no accesoriamente conjuntas. Manipular quiere decir, en este caso, dividir y. separar en el acto aislado el aspecto «amor« del aspecto «vida»; quiere decir reducir y coartar el acto de amor, que, para que sea total, debe expresar la totalidad del ser y de la persona.

La reciente Instrucción «Donum Vitae» de la Congregación para la Doctrina de la Fe reitera este lazo de unión moral entre procreación y acto conyugal, cuando identifica la mentalidad anticonceptiva con la que sirve de base a la fecundación artificial:

«El acto conyugal con el que los esposos manifiestan recíprocamente el don de sí expresa simultáneamente la apertura al don de la vida: es un acto inseparablemente corporal y espiritual. En su cuerpo y a través de su cuerpo los esposos consuman el matrimonio y pueden llegar a ser padre y madre. Para ser conforme con el lenguaje del cuerpo y con su natural generosidad, la unión conyugal debe realizarse respetando la apertura a la generación, y la procreación de una persona humana debe ser el fruto y el término del amor esponsal»[399].

Así se entiende la razón por la que se piensa que los llamados «métodos naturales» para la reculación de la natalidad respetan la totalidad y peculiaridad del acto conyugal; mientras que los «anticonceptivos» reducen de hecho esa totalidad y peculiaridad, por lo que han de considerarse ilícitos y no enteramente humanos, en el sentido total de la palabra; lo cual se ha de afirmar, aun prescindiendo de su peligrosidad sanitaria y psicológica.

El efecto anticonceptivo, puede explicarse de dos modos: 1) mediante el bloqueo de la liberac|ón del óvulo por parte del ovario (pildora estroprogestínica); 2) impidiendo el encuentro del óvulo y el espermatozoide durante el acto sexual (condón o profiláctico; diafragma; espermicidas.

---

[317]

Entre los anticonceptivos hay que enumerar también la práctica del coito interrumpido, que consiste en interrumpir la relación sexual

[399] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. II, n. 4

inmediatamente antes de la eyaculación para evitar que los espermatozoides se depositen en la vagina.

Erróneamente se incluye entre las técnicas anticonceptivas también a la esterilización; pues hay que precisar —y por esto hemos tratado el tema en un capítulo aparte— que, mientras con las técnicas anticonceptivas se vuelve estéril cada acto sexual en particular, con ¡a esterilización se altera de modo definitivo —aunque sea posible una cierta reversibilidad— la integridad del cuerpo del hombre o de la mujer.

Debemos distinguir.entre_anticonceptivos, interceptivos y antigestativos, pues los primeros actúan impidiendo que se implante el óvulo fecundado (espiral o DIU: dispositivo intrauterino; pildora «del día después»; progestínicos administrados por vía intramuscular o por implantación subcutánea); mientras que los segundos provocan la separación del embrión ya anidado en el útero (RU486; prostaglandinas; vacuna antigonadotropina coriónica)[400].

1. Los anticonceptivos de barrera. Entre los anticonceptivos de barrera tenemos, como decíamos, el «condón» o profiláctico, y el diafragma.

El profiláctico (o condom, llamado así por el apellido del médico inglés que sugirió por primera vez el uso con fines anticonceptivos) es un capuchón de látex con el cual se cubre íntegramente el pene durante la relación sexual; de esta manera se impide que el líquido seminal se deposite en la vagina. El índice de Pearl[401] del condón, que está condicionado por la calidad en su fabricación, la capacidad de uso y la asociación con cremas espermicidas, es del 7-10 por ciento.

Frente a algunas ventajas (el bajo costo; la posibilidad de conseguirlo sin receta médica o la parcial protección .del., contagio de enfermedades sexualmente transmitidas), el uso del profiláctico expone al hombre y a la pareja, a indudables inconvenientes, como son la interrupción de la relación sexual, que parece perder "espontaneidad; la aparición de irritaciones vaginales en la mujer, o alergias a la

---

[400] PESCETTO G., DE CECCO L, PECORARI D., RAGNI A., Manuale di Ginecología e Ostetricia, I, Roma 1989; BAIRD D.T., GLASIER A.F., Hormonal Contraception, «NEJM», 1993, 328, pp. 1543-1549;DICZFALUSY E., BYGDEMAN M. (eds.), Fertility regulation today and tomorrow> Serono Symposia Publications, Nueva York 1987; RAYMOND J.G., KLEIN R., DUMBLE L.J., RU486. Misconceptions, myths , Early termination of pregnancy wimifepristone (RU486) and the orally active prostaglandine misoprostol, «NEJM», 1993, 21, pp. 1509-1513. and moráis, Cambridge 1991; PEYRON R., AUBÉNY E. et al , Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandine misoprostol, «NEJM», 1993, 21, pp. 1509-1513.

[401] El índice de Pearl es la fórmula que se utiliza para evaluar la «eficacia» de un anticonceptivo y se basa en el número de embarazos surgidos en 100 mujeres que han usado una determinada técnica anticonceptiva durante un año.

$$\text{índice de Pearl} = \frac{\text{№ de embarazos X 1200 meses de uso}}{\text{№ de meses de uso del anticonceptivo}}$$

[318]
silicona o a los espermicidas, en el hombre; la creación de una barrera psicológica en la pareja, hasta el punto de alterar toda la armonía conyugal.

El diafragma está constituido por un disco de goma, blando en la parte central y rígidoTpero flexible, en los bordes, que, una vez introducido en la vagina, desempeña también una función de barrera impidiendo que los espermatozoides se encuentren con el óvulo. Además del diafragma que acabamos de describir, se encuentran en el mercado también las llamadas copas cervicales de goma o de plástico duró o de metal, que se aplican al cuello del útero al cual se adhieren perfectamente; y también se está vendiendo ya el llamado preservativo femenino, formado por una especie de capuchón de poliuretano que.se aplica sobre la zona perineal femenina, para cubrir la vulva, impidiendo el contacto con los espermatozoides.

El hecho de que el diafragma se tenga que introducir en la vaginajintes de la relación y extraerse después, no resulta muy grato para la mujer, que siente malestar al manipular sus propios órganos genitales; y hay que tener presente, además, la posibilidad de que los espermicidas y la misma goma con que está fabricado el diafragma provoquen irritaciones vaginales y faciliten la infección de las vías urinarias. El índice de Pearl es del 14-15 por ciento.

2. Los anticonceptivos hormonales: la píldora estroprogestínica. Esta píldora está compuesta, como su nombre indica, por la asociación de dos hormonas sintéticas, un estrógeno y un progestágeno, y ejerce su acción anticonceptiva:

a) inhibiendo el sistema hipófisis-hipotalámico, y por consiguiente la liberación del óvulo y de hormonas;

b) alterando la normal sucesión de las modificaciones del endometrio uterino, razón por la cual —aunque de todos modos se produjera la ovulación y se diera la concepción— el embrión no tendría posibilidad de implantarse en el útero;

c) modificando la motilidad de las trompas de Falopio e impidiendo el paso de los espermatozoides que habrían de encontrarse **con** el óvulo; y, después de la eventual concepción, el descenso del embrión hacia el útero;

d) alterando la composición del moco cervical que se vuelve inhóspito para los espermatozoides e impide su ascenso nuevamente hacia el canal cervical. Los efectos a) y b), puesto que se manifiestan una vez producida la concepción, se consideran abortivos y no anticonceptivos.

El tomar la pildora estroprogestínica expone a la mujer al riesgo, de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar y trombosis cerebral (de **3** a **6** veces más que la que no la usa); accidentes cardiovasculares, entre ellos el infarto cardiaco; patología

[319]
de las arterias (aterosclerosis) y cardiopatías coronarias; la posibilidad de que el hijo nazca con malformaciones somáticas, si se ha tomado accidentalmente durante el embarazo; mayor exposición, aunque este extremo no se ha comprobado todavía, al tumor de mama, sobre todo si la pildora se ha tomado en edad precoz y durante muchos años; desarrollar un tumor maligno del cuello uterino, lo cual estaría relacionado no tanto con el hecho de tomar la pildora, sino más bien con el comportamiento sexual más desenvuelto que algunas mujeres podrían haber tenido como consecuencia de no temer ya al embarazo, al estar más dispuestas a cambiar frecuentemente de pareja y a no usar ningún anticonceptivo de barrera; el bloqueo total de la función hipotalámica incluso después de suspender el tratamiento.

Es posible también que quien toma la pildora estroprogestínica pueda experimentar los siguientes efectos colaterales,, algunos de los cuales desaparecen después de varios meses de tratamiento, mientras otros pueden persistir durante toda la terapia: náuseas y vómito, turgencia y tensión mamaria; hinchazón y aumento de peso debidos a la retención de líquidos;, cefalea; depresión; disminución del deseo sexual; sequedad vaginal que provoca relaciones dolorosas; goteo de pérdidas hemáticas entre uno y otro flujo. Por lo que concierne a los problemas psicológicos, hay que subrayar que la pildora estroprogestínica puede: provocar jrfectos negativos en el comportamiento de la mujer en el momento en que se suspende, aunque sea momentáneamente; originar —desde el momento en que frecuentemente es ingerida por la mujer a escondidas de su compañero— formas de incomprensión y barreras psicológicas.entre los dos; suscitar el temor de ser descubierta por los padres si la mujer que la toma es una adolescente que forma parte todavía de la familia la cual; entre otras cosas, no puede compartir sus opciones.

El índice Pearl para la pildora estroprogestínica es inferior al **1** por ciento.

3. Los espermicidas, las esponjas y los lavados vaginales. Los espermicidas son" sustancias químicas capaces de desactivar a los espermatozoides depositados en la vagina, antes de que puedan llegar al canal cervical, respecto de los cuales actúan también como una barrera mecánica. Tienen una escasa acción anticonceptiva: de hecho, considerando que la eyaculación se produce emitiendo el esperma inmediatamente por encima del cuello del útero, ningún espermicida presente en la vagina, por potente que sea, puede impedir que en pocos segundos un gran número de espermatozoides alcance el canal cervical, inutilizando su eficacia; es por esto que los espermicidas se utilizan asociados generalmente con otros métodos de barrera.

Las esponjas están hechas de poliuretano, embebidas en un potente espermicida (el nonoxynol-9), y se introducen profundamente en

la vagina; actúan, pero con escasa eficacia, impidiendo mecánicamente el acceso de los espermatozoides

---

[320]
al canal cervical, que son desactivados por el espermicida al absorber toda la eyaculación.

Los lavados vaginales se utilizan para eliminar los espermatozoides depositados en la vagina en la que se hace fluir agua y otros líquidos con o sin sustancias esper-micidas; a menudo se utilizan líquidos extraños como vinagre, coca-cola, etcétera. Se trata de una práctica absolutamente ineficaz desde el punto de vista anticonceptivo en cuanto que los espermatozoides son capaces de llegar al moco cervical 90 segundos después de la eyaculación y ya no se pueden eliminar.

4. Los interceptivos. Entre los interceptivos diferenciamos entre los hormonales (minipíldora; píldora «del día antes» y «del día después»; las administraciones depot o implantaciones subcutáneas) y los interceptivos mecánicos (el espiral o DIU).

La minipíldora contiene progestágenos sólo en mínima cantidad y es administrada diariamente. El mecanismo de acción de la minipíldora es múltiple: 1) bloquea la ovulación en el 30-40 por ciento de los casos; 2) hace que el moco cervical sea impenetrable a los espermatozoides; 3) altera la estructura del endometrio uterino haciéndolo inhóspito para que el embrión eventualmente concebido pueda implantarse.

La minipíldora es poco utilizada porque produce efectos colaterales considerados como muy molestos, entre ellos pérdidas hemáticas irregulares y, en caso de que se conciba, se da una mayor incidencia de embarazos tubáricos. La minipíldora tiene un índice de Pearl equivalente al 1-6 por ciento.

La administración «depot» de estroprogestágenos se efectúa por vías alternativas a la oral, es decir, en forma de preparados de «depósito» inyectados por vía intramuscular o contenidos en cápsulas que se implantan bajo la piel, y que van emitiendo gradualmente los principios activos, día tras día. Puesto que la cantidad de progestágeno liberada diariamente es muy reducida, no se verifica el bloqueo total de la ovulación y, por tanto, entran en acción los otros mecanismos «de defensa», esto es, la alteración de la permeabilidad del moco cervical a los espermatozoides {mecanismo anticonceptivo) y de la mucosa endometrial, que se hace inhóspita al embrión eventualmente concebido (mecanismo abortivo). La principal desventaja de estos preparados es la presencia de repetidas .pérdidas hemáticas intermenstruales provocadas por la continua emisión en la circulación sanguínea de pequeñas cantidades de progestágeno; mientras que el resto de las contraindicaciones y los riesgos son semejantes a los descritos para la pildora estro-progestínica. El índice de Pearl está comprendido entre el 0 y el 2 por ciento.

La pildora «del día después» es una auténtica técnica abortiva que, por el mecanismo de acción, no tiene nada que ver con la pildora estroprogestínica anticonceptiva: no debe engañar, pues, el nombre de «pildora» o la composición química (estrógenos y/o progestágenos) semejante a la de la pildora anticonceptiva. La pildora «del día después» no existe como tal en el mercado: con este nombre se

---

[321]
indica genéricamente la absorción masiva de estroprogestógenos dentro de las 72 fioras siguientes a aquella relación sexual que se considere potencialmente responsable de una concepción; esta absorción se repite cada 12 horas. Una vez que han llegado al torrente sanguíneo, las altas dosis de hormonas tomadas por vía oral trastornan completamente el delicado equilibrio hormonal comúnmente predispuesto a preparar la mucosa uterina para acoger al embrión eventualmente concebido. Sucede así que, si sobreviene él embarazo, el embrión no logra implantarse en el endometrio esencialmente modificado por el fármaco.

El dispositivo intrauterino (DIU) está constituido por un dispositivo de plástico u otro material (plata, por ejemplo) de formas diferentes, que se introduce de forma no traumática en la cavidad uterina a través del cuello del útero.

El mecanismo de acción del dispositivo se manifiesta de diversos modos: induciendo una reacción ante el cuerpo extraño, que provoca una inflamación crónica de la mucosa endometrial, haciéndola inhóspita para un embrión eventual dispuesto a implantarse (como el dispositivo no interfiere con la ovulación, siempre es posible que se verifique un embarazo); alterando la composición del moco cervical y la cavidad uterina (este efecto está presente en el caso en que dispositivo contenga cobre o progesterona). A estos efectos pueden añadirse los propios de la proges-terona cuando el dispositivo contiene esta hormona.

Los riesgos y las consecuencias vinculadas con el empleo de los dispositivos intrauterinos son múltiples: reacciones sincópales o perforaciones del útero durante las maniobras de inserción; mayor riesgo de contraer una enfermedad inflamatoria pélvica; incidencia más elevada de embarazo tubárico bien durante o después del periodo de utilización del dispositivo. El índice de Pearl es de 1-3 por ciento.

5. Los medios antiembarazo. El RU486, definido también como pildora «del mes después», está constituido porcuna sustancia, la «mifepristona», que tiene actividades antiprogestágenas. La progesterona es la hormona del embarazo y actúa a nivel del endometrio uterino ligándose a receptores específicos, con lo cual el RU486 se liga de manera reversible a nivel de los receptores de la progesterona, interrumpiendo su acción. La falta de actividad de la progesterona causa la muerte y la separación del embrión de la pared uterina con su expulsión subsiguiente. El RU486 no provoca el aborto en el 100 por ciento de ¡os casos, y esto parece deberse al hecho de que el fármaco

no logra alcanzar niveles hemáticos suficientes para antagonizar la progesterona en circulación, de manera que el efecto antigestación se verifica con mayor frecuencia en las primeras fases del mismo (dentro de los 49 días desde la concepción), cuando los niveles de progesterona están aún bajos.

Por este motivo se asocia a la administración de RU486 la de prostaglandinas, que se pueden utilizar también solas con fines abortivos y actúan inhibiendo, entre otros efectos, la actividad del cuerpo lúteo.

---

[322]

La vacuna anti-hCG está constituida por una fracción de la cadena beta de la gonadotropina coriónicá, vehiculada por un portador: su administración induce la formación de anticuerpos contra las subunidades de la hormona. Consiguientemente, se contrarresta la acción de la gonadotropina coriónicá que, segregada por el trofoblasto desde el inicio de su nidación en la pared uterina, está destinada a mantener activa la producción de progesterpna del cuerpo lúteo. Al interferir en la acción de la gonadotropina coriónicá y caer los niveles de progesterona, se ven comprometidas las posibilidades de nidación y de desarrollo del producto de la concepción. De hecho el cuerpo lúteo tiende a retroceder, con la consiguiente descamación del endometrio y la eliminación del embrión.

Con los términos métodos diagnósticos de ¡a fertilidad, o métodos naturales. Sí o métodos de regulación natural de la fertilidad, se indica un conjunto de métodos que hacen que la mujer sea capaz de conocer los periodos de fertilidad se infertilidad de su propio ciclo menstrual a fin de poder regular sus relaciones sexuales según que, de acuerdo con el esposo, desee lograr o evitar de manera temporal o definitiva el embarazo.

Entre éstos, como los más acreditados se cuentan: el método de la temperatura basal; el método de la ovulación o de Biüings —por el apellido de los esposos John y Eveling Billings, que lo descubrieron— y los métodos sintotérmicos.

Cada método de diagnóstico de la fertilidad se basa ep.evidenciar.algunos síntomas y signos, llamados índices de fertilidad, que permiten a la mujer sabersi la ovulación se va a verificar o si se ha producido ya.

Los índices de fertilidad a los que comúnmente se hace referencia son:

1) la temperatura basal corporal, que, presentando normalmente un modo de proceder bifásico en relación con las modificaciones hormonales del ciclo menstrual, ofrece la posibilidad de descubrir —como consecuencia de su aumento, estabilizado después respecto de la fase precedente— que se ha producido la ovulación;

2) el moco cervical, que, producido por unas células especiales del canal cervical, no sólo es índice de fertilidad sino también un factor de

fertilidad, de tal manera que una mujer se ha de considerar estéril si falta el moco cervical. La cantidad y el aspecto del moco cervical experimentan notables modificaciones durante el ciclo menstrual en respuesta a la variación de los niveles plasmáticos de las hormonas oválicas: la mujer están en condiciones de apreciar estas variaciones del moco cervical que son objetivas (modificación del aspecto, de la viscosidad, de la transparencia) o subjetivas (sensación de sequedad, de humedad o de flujo).

A los citados índices de fertilidad hay que agregar las modificaciones del cuello del útero y, aunque menos confiables en cuanto a la correlación con el momento de

---

[323]

la ovulación, las pérdidas de sangre entre una menstruación y la siguiente; el dolor abdominal a mitad del ciclo; la tensión mamaria; el aumento de peso, y las modificaciones del deseo, del humor y del apetito.

Los métodos de diagnóstico de la fertilidad basados en los índices de fertilidad son; el método de la temperatura basai, el método de la ovulación o Billings, y los métodos sintotérmicos, que asocian a la observación de la temperatura basai la observación y evaluación de los signos y síntomas ligados a las variaciones del moco cervical.

Ya superado por los métodos que se sirven de la observación objetiva de los índices de fertilidad, el llamado método de Ogino-Knaus, por el nombre de los dos médicos que lo pusieron a punto, se basa en un cálculo matemático y de probabilidades del evento de la ovulación.

Al principio menospreciados y con demasiada frecuencia relegados, los métodos de diagnóstico de la fertilidad, y en especial el método Billings, han experimentado un nuevo auge, sobre todo después de que la Organización Mundial de la Salud los sometió a una experimentación multicéntrica y publicó los resultados en relación también con la eficacia en términos de distanciamiento del embarazo: ahora los métodos de diagnóstico de la fertilidad se están proponiendo como una estrategia preferida tanto por razones sanitarias cuanto por un sentimiento bioecológico o, finalmente, porque son más respetuosos de la libertad-responsabilidad de la pareja[402].

---

[402] La investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre los métodos naturales y los resultados han sido reproducidos y comentados en el artículo de CAPPELLA A., NAVARRETTA V., GIACCHI E., Il metodo della ovulazione Billings: dati e valutazioni dello studio multicentrico della Organizzazione Mondiale della Sanità, «Medicina e Morale», 1982, 4, pp. 371-387. BROWN J. et al., Correlation between the mucus symptoms and the hormonal markers of fertilità throughout reproductive Ufe, en BILUNGS J.J., The ovulation method, Melbourne 1983, pp. 104 ss.; MANCUSO S., VAN LOOK P.F., La regolazione naturale della fertilità oggi, Milán 1992.

Al mismo tiempo ha ido disminuyendo la confianza en la anticoncepción hormonal por motivos, que ya hemos subrayado, médico-sanitarios.

En el panorama de la regulación natural de la fertilidad se mira ahora hacia el futuro, es decir, hacia la posibilidad de que la mujer pueda dosificar de un modo rápido y autónomo las hormonas indicadoras de la presencia o ausencia de la ovulación, los estrógenos y la progesterona: con este objetivo se ha puesto a punto un dispositivo (monitor ovárico) para la medición urinaria de las hormonas ováricas presentes durante el ciclo menstrual. La técnica, inventada por el profesor J. Brown, se sirve de una reacción colorimétrica diferente según la concentración de los derivados de los estrógenos y de la progesterona en la orina; conocido el resultado de la reacción, la mujer podrá saber si se encuentra en fase fértil o infértil y programar así con el marido sus propias relaciones sexuales, según la pareja desee o no un embarazo.

---

[324]

Recientemente se ha empezado a comercializar un kit con un pequeño microscopio para identificar las fases fértiles o infértiles, que se basa en la evaluación de las modificaciones de la saliva en el curso del ciclo menstrual. Se ha advertido, en efecto, que en el periodo peri-ovulatorio la saliva, depositada en una plaquita, tiende a cristalizar formando un dibujo de hojas de helécho, lo cual no se verifica en las fases no fértiles pre y post-ovulatorias. Aparte la poca experiencia en el uso de esta técnica hay que subrayar que la prueba de la saliva no es siempre confiable dado que su cristalización puede estar influida por diversos factores como, por ejemplo, la acidez del alimento que se acaba de comer y el tipo de pasta dentífrica utilizada para limpiarse los dientes, así como la presencia de procesos inflamatorios y/o infecciosos en la cavidad bucal.

Estos medios —como cualquier otro que pueda servir para establecer la previsión de la ovulación en la mujer, y que no implican daño alguno para ésta— deben ser considerados en sí lícitos.

Evidentemente, debe ser también inexcusable moralmente la finalidad por la que se utilizan, que no debe ser egoísta, sino para un manejo humano y responsable de la procreación.

Para comprender mejor este punto que difícilmente acepta la mentalidad tecnológica y eficientista que predomina en la actualidad, examinemos algunas objeciones que a menudo se proponen y oponen a este punto, acerca del cual sobre todo la Iglesia católica ha dado indicaciones precisas[403].

[403] Entre la numerosísima literatura, señalamos simplemente: TETTAMANZI D., «Humanae Vitae». Commento all'Enciclica sulla regolazione delle nascite, Milán 1968; CICCONE L., «Humanae Vitae», analisi e orientamenti pastorali, Roma 1970; AA.VV., / / matrimonio dopo «Humanae Vitae», Bolonia 1969; HARÌNG B., Paternità responsabile, Roma 1970; FINNIS J.M., Natura! Law in «Humanae Vitae», «Law Quarterly Rev.», 84

Ante todo, se objeta: ¿qué diferencia hay entre quien responsablemente quiere evitar un nacimiento y usa un método anticonceptivo y quien, encontrándose en la misma situación ética, recurre a un «método natural«, cuando el resultado es el mismo?

Bien se ve, respondemos, que aquí se trata de una mentalidad que contempla sobre todo los resultados («eficientismo») y poco a la persona; sin embargo, también se debe considerar que la moralidad de un acto no se deduce únicamente por el fin, que en este caso suponemos bueno y justificado, sino también por los medios o métodos que se utilizan. Ahora bien, en la elección de los métodos naturales, éstos respetan la totalidad expresiva y ontològica de la persona, mientras que cuando se utilizan anticonceptivos la persona no se expresa en su totalidad, sino que se divide en su acto a fin de aceptar una parte y rechazar la otra, acoger la dimensión erótico-satisfactoria y bloquear la dimensión de procreación: cualquiera

---

[325]

que sea el medio y a cualquier nivel del organismo que se actúe, el desorden se vuelve ético-ontológico y no sólo físico-biológico.

Otra objeción, que diversos autores han hecho en repetidas ocasiones, se refiere al principio de la «totalidad» aplicado de manera extensiva: se dice que quien utiliza los métodos anticonceptivos para distanciar motivadamente los nacimientos, no pretende rechazar la capacidad de procrear in toto —durante todo el decurso de la vida fértil— sino sólo en ese preciso periodo y por razones válidas; es por esto que en aras de la totalidad se sacrifica un valor parcial o un momento de aptitud para procrear.

La respuesta, nada difícil, es doble: ante todo, en este caso el principio de la totalidad es ampliado arbitrariamente a la situación global de la pareja. Este principio vale, en virtud del principio terapéutico, al interior de un organismo físico, único e idéntico; pero si se extrapola, puede llegar a justificar incluso la esterilización, o bien la supresión de un individuo cualquiera en beneficio del grupo. Además, hay que señalar también que si una norma moral vale objetivamente para el conjunto de la vida, vale igualmente para cada uno de los actos: si no se puede robar en general es porque no se puede robar en particular.

Otra objeción que se hace es la del llamado «mal menor» o «bien prevaleciente».

Dos son los males «peores» que se toman en consideración: el peligro de la ruptura del vínculo conyugal cuando, por un lado, se necesite expresar el afecto conyugal, y por el otro, se dificulte o no sea seguro el resultado del uso de los métodos naturales.

El otro «mal peor» es el del aborto: se dice que es mejor la anticoncepción que el aborto.

(1968), pp. 467-471; ID., Personal integriti/...

La respuesta a esta seria objeción ha sido dada ya tanto en el plano general como para cada una de las dos hipótesis de los males mayores. En el plano general, hay que hacer notar que el principio del mal menor, que otros prefieren llamar «bien prevaleciente» —precisamente porque el mal jamás se puede querer éticamente—, exige ante todo que se esté en una situación de auténtico dilema, esto es, para el cual no exista una tercera posibilidad; ahora bien, en nuestro caso el uso del método natural representa precisamente el tercer camino que permite tanto la expresión de la afectividad como la regulación de los nacimientos, cuando exista una motivación para ello. La mayor o menor seguridad se supera, por lo demás, empeñándose en aprender y acertar.

Por otra parte, y manteniéndonos siempre en el plano general, el principio citado no se aplica al mal «moral», sino sólo a la evaluación de un mayor o menor daño «físico», cuando ese daño está de todos modos justificado. Por ejemplo, cuando es necesario intervenir quirúrgicamente por causa de un tumor (motivo terapéutico), yo estoy obligado a hacer el mal menor, es decir, a procurar el menor daño posible al organismo. Pero no se puede justificar, por ejemplo, una mentira

---

[326]

más pequeña para evitar una mentira más grande, o una ofensa menos grave para evitar una más grave a una persona.

En cualquier caso, hay que distinguir entre la situación subjetiva y la realidad objetiva. Pueden darse situaciones subjetivas en las que, por falta de información o de concordia entre dos cónyuges, ciertos gestos —en sí inadecuados— sean «subjetivamente» vividos como inevitables para mantener la paz; pero objetivamente el problema sigue siendo lo que es, y debe superarse mediante la información y la educación.

Esta información y educación pueden requerir avanzar poco a poco, como cuando se sube una montaña, con la eventualidad involuntaria de dar algún paso atrás; pero la ley de la gradualidad pedagógica no autoriza a afirmar «la gradualidad de la ley» objetivamente entendida.

En cuanto al segundo daño temido, el del aborto —dejando a salvo cuanto llevamos dicho— se sabe que una costumbre negativa no es nunca el remedio para prevenir una situación peor; sino, más bien, que el hábito mental de ponerse «en contra» del nacimiento y de considerarlo como un hecho negativo, es el mejor camino para fomentar el aborto. De hecho las diversas campañas de «planificación» han procedido siempre según esta gradualidad, psicológica y sociológicamente experimentada como eficaz: antes la anticoncepción, luego el aborto, después la esterilización.

El verdadero compromiso es, pues, en el plano científico, ofrecer métodos que permitan el ejercicio personalista e integral del amor conyugal junto con la responsabilidad de procrear; en el plano educativo, ayudar a las parejas a conocer los ritmos y la riqueza de su propia

sexualidad y capacidad de procrear, de manera que se permita un uso personalista —éticamente correcto y sanitariamente válido— de la vida sexual intraconyugal. Por lo demás, la autogestión libre y responsable de la sexualidad conyugal por parte de la pareja, armonizada en los afectos y en el entendimiento, representa un gran valor y una riqueza a la que se debe tender.

El principio de la sinceridad

El principio de la sinceridad se refiere a las motivaciones de los cónyuges respecto de la situación real de responsabilidad conyugal; mientras que el principio de la verdad se refiere, como hemos dicho, a la realidad del acto y de la expresión sexual.

Queremos decir que, incluso al utilizar métodos éticamente correctos, es necesario que las razones que imponen la aceptación o la dilación de una procreación estén sincera y éticamente fundadas.

En otras palabras: quien quisiera buscar de todos modos fines egoístas, lo podría hacer también con los «métodos naturales» usándolos precisamente con una

---

[327]

mentalidad de «anti-aceptación»: una posición subjetiva e intencionalmente perversa no justificaría en concreto, siempre y en cualquier caso, el uso de los métodos naturales.

Esto, sin embargo, no debe hacer olvidar u ocultar la diferencia ética y objetiva del uso de los métodos naturales respecto de la utilización de los medios de anticoncepción artificial, según lo que hemos venido diciendo acerca de la necesidad de que, para que una acción sea lícita en el campo ético, se requiere que el fin sea lícito, y sean lícitos también, objetivamente hablando, los medios y los métodos.

Por tanto, considero que la colaboración del médico frente a la pareja que le solicite anticonceptivos debe regularse de la manera siguiente:

a) ante todo, hay que recordar que el dispositivo intrauterino se debe considerar como predominantemente abortivo, porque impide la implantación del óvulo ya fecundado;

b) no es lícita objetivamente la prescripción de antifecundantes con un fin anticonceptivo, por las razones expuestas; además, desde un punto de vista deontológico, esto no entra entre las competencias del médico, que tiene como cometido el de curar las enfermedades o prevenirlas: y el anticonceptivo no es un acto sanitario. El médico, por el contrario, deberá iluminar acerca de los daños y las contraindicaciones sanitarias del anticonceptivo y, además, actualizarse acerca del uso de.los métodos naturales.

c) el médico podrá y deberá prescribir anticonceptivos sólo cuando éstos tenga como fin primario el terapéutico, es decir, cuando se requieran para regular disfunciones (por ejemplo, en la poliquistosis

oválica); si de esta terapia se derivara indirectamente un periodo de infertilidad farmacológicamente inducido, como efecto secundario del tratamiento, esto no constituye un hecho ilícito (el voluntario indirecto).

BIBLIOGRAFÍA

*A*a.Vv., Il matrimonio dopo «Humanae Vitae«, Dehoniane, Bolonia 1969.

—, Elementi di medicina e psicología pastorale, Salcom, Brezzo di Bedero 1969.

—, Amore fecondo e responsabile: a 10 anni dalla «Humanae Vitae», Paoline, Roma 1978.

—, Liberi e responsabili collaboratori del Dio Creatore, Centro Studi e Ricerche Regolazione Naturale della Fertilitá, Facoltá di Medicina e Chirurgia, Univ. Cattolica, Roma 1980.

---

[328]

—,*Human sexualiíy and personhood,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1981.

—,*Homosexualidad: ciencia y conciencia,* Editorial Sal Terrae, Santander 1981.

—,*Chiesa e persone omosessuali,* Salcom, Brezzo di Bedero 1987.

ABRAHAM B., PERTO R., *Psicanalisi e terapie sessuologiche,* Feltrinelli, Milán 1979.

ALFONSI L., *// problema demografico nell'antichità,* en NODARI M. V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 167-175.

ASHLEY B.M., *Theologies of the body: humanist and Christian,* The Pope John Center, Braintree (MA) 1985.

Atti del II Congresso internazionale di Teologia Morale su «Humanae Vitae: 20 anni dopo» (Roma 9-12.4.1988), Ares, Milán 1989.

Atti del II Congresso Internazionale per la Famiglia d'Africa e d'Europa su «Procreazione responsabile: quale realtà per la famiglia oggi?» (Roma 12-15.3.1988), a cura del Centro Studi e Ricerche sulla Regolazione Naturale della Fertilità, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del S. Cuore, Roma 1989.

AUBERT J.M., *Sexualité, amour et mariage,* Beauchesne, Paris 1970.

BAIRD D.T., GLASIER A.F., *Hormonal contraception,* «NEJM», 1993, 328, 21, pp. 1543-1549.

BARBARINO A., DE MARINIS L., SERRA A., *Biologia della differenziazione sessuale,* «Medicina e Morale», 1984, 2, 155-166.

BARBERI P., TETTAMANZI D. (coord.), *Matrimonio e famiglia nel magistero della Chiesa,* Massimo, Milán 1986.

BARCLAY_W., *Ethics in a permissive society,* Glasgow-Londres 1971.

BATTAGLIA G., *L'aborto, problema politico,* LDC, Leumann 1975.

BERNUCCI G.L., *Ruolo dell'informazione attraverso i mass-media nella politica demografica,* en NODARI M. V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza" 1975, pp. 143-153.
BILLINGS E., WESTMORE A., *// metodo Billings,* Mondadori, Milán 1983.
BILLINGS J.J., *II metodo dell'ovulazione* (tit. orig. *The ovulation method,* Advócate Press, Melbourne 1983), Paoline, Cinisello Balsamo 1992.
BOCKLE F., *Humanae Vitae ais profetein des wahren Glaubens? Zur Kirchen politischen Dimensión moraltheologischer,* «Stimmen der Zeit», 1990, 1, pp. 3-16.
BOIARDI G., *La ricerca scientifica a ridosso della «Humanae Vitae»,* «Medicina e Morale», 1979, 3, 314-352.
—, Sessualità maschile e femminile tra natura e cultura, «Medicina e Morale», 1983, 1, 12-24.
—, Aspetti etici della contraccezione ormonale e meccanica, «Medicina e Morale», 1984, 1,44-61.
BROWN J.B. et al., *Correlation between the mucus symptoms and the hormonal markers of fertility throughout reproductive live,* en BILLINGS J.J., *The ovulation method,* Advócate Press, Melbourne 1983, pp. 104 ss.

---

[329]

BRUAIRE C, *Filosofia del corpo* (tit. orig. *Philosophie du corps,* Ed. du Seuil, Paris), Pao-line, Cinisello Balsamo 1975.
BRUNETTA G., ZANDERIGHI L., *Le famiglie unipersonali in Italia,* «Aggiornamenti Sociali», 1986, 3, 217-232.
CAFFARRA C., *La trasmissione della vita nella «Familiaris consortio«,* «Medicina e Morale», 1983, 4, 391-399.
—, Introduzione, in Giovanni Paolo II, *Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano* (a cura dell'Istituto «Giovanni Paolo II», Pont. Univ. Lateranense), Città Nuova, Roma 1985, pp. 5-24.
CAPPELLA A., *La regolazione della fertilità con il metodo dell'ovulazione,* «Medicina e Morale«, 1975, 2/3, 255-305.
—, Secondo natura, BBE, Turiti 1985.
NAVARRETTA V., GIACCHI E., *// metodo dell'ovulazione Billings: dati e val*tazione dello studio multicentrico dell'Oms, «Medicina e Morale», 1982, 4, 371-387.

Casadio F., Incremento demográfico e problemi dello sviluppo, en Nodari M.V. (coord.), Popolazione, ambiente, risorse. Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 122-130.

Castagnet G., Sexe de l'áme et sexe du corps, Le Centurión, París 1981.

Centro Italiano Femminile, Uotno-Donna. Progetto di vita, CIF - UECI, Roma 1985.

Ciccone L., «Humanae Vitae». Analisi e orientamenti pastorali, Ed. Pastorali, Roma 1970.

—, Etica della sessualitá, in Sgreccia E. (coord.), Corso di bioética, Angelí, Milán 1986, pp. 69-94.

Concilio Vaticano II, «Gaudium et Spes», nn. 47-52, en Documentos del Vaticano II, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1975[29], pp. 243-252.

Corte di Cassazione, Sentenza n. 438 del 18.3.1987, (Conciani vs Corte d'Appello di Firenze), mecanografiado.

Curran CE., Critical concerns in moral theology, Univ. of Notre Dame, Notre Dame (IN) 1984.

Dastoli C, Le vicissitudini e le patologie della sessuologia, «Sanitá-Telex», 1983, 85, 7-11.

De Beauvoir S., Le deuxiéme sexe, 2 vols., París 1949.

Dedé A., Studio del método dell'ovulazione Billings per la regolazione della fertilitá in Lombardia, «Medicina e Morale», 1985, 1, 72-79.

De Lagrange E., De Lagrange M.M., Bel R., // complotto contro la vita (tit. orig. Un complot contre la vie. L'avortement, Société de Production Littéraire, 1979), Ares, Milán 1987.

De Marinis L., Barbarino A., Serra A., Biología della differenziazione sessuale, «Medicina e Morale», 1984, 2, 155-165.

De Martini N., Maturitá e sesso, LDC, Leumann 1982.

Diczfalusy E., Bygdeman M. (eds.), Fertility regulation today and tomorrow, Serono Symposia Publications, Nueva York 1987.

---

[330]

DI PIETRO M.L., SGRECCIA E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto,* «Medicina e Morale», 1988, 1, 5-34.

—, *La trasmissione della vita nell'insegnamento di Giovanni Paolo II,* Ares, Milán 1989.

EPISCOPADO CATÓLICO DE PORTUGAL, *La regulation des naissances,* «La Document. Catho-lique», 1984, 1869, 270 ss.

FERRI E., I *dieci anni della «Humanae Vitae»,* «Medicina e Morale», 1979, 2, pp. 225-243.

FERRO F.M., *Sessualità e sessuologia,* «Medicina e Morale», 1979, 2, pp. 209-214.

FINNIS J.M., *Natural law in «Humanae Vitae»,* «Law Quarterly Rev.», 1968, 84, 467-471.

—, *Personal integrity, sexual morality and responsable parenthood,* «Anthropos», 1985,1,43-55.

FUCK M., ALSZEGHY Z., *Fondamenti di un'antropologia teologica,* Libr. Editrice Fiorentina, Firenze 1970.

FLORIO G., LANDI C, *Sessualità nella storia e nella Bibbia,* Cittadella, Asís 1984.

FONSECA A., *Politiche demografiche e contraccezione oggi nel mondo,* «La Civiltà Cattolica», 1983, IV, pp. 134-148.

FREUD S., *Compendio di psicanalisi,* Boringhieri, Turin 1980.
GATTI G., *// significato del corpo in etica sessuale,* en AA. VV., *Attualità della teologia morale,* Urbaniana Univ. Press, Roma 1987, pp. 267-283.
GEVAERT J., *// problema dell'uomo,* LDC, Leumann 1984 (trad, esp., *El problema del hombre,* Sigúeme, Salamanca 1978).
GIORGIO G., *Incremento demografico e congruo sviluppo dei servizi sociali,* en NODARI M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente e risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 115-121.
GRISEZ G., *Contraception and natural law,* Bruce, Milwaukee 1964.
Gui L., *Popolazione, ambiente, risorse: cause profonde di tensione fra i popoli,* en NODARI M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 3-14.
GÜNTHOR A., *Chiamata e risposta,* ni, Paoline, Roma 1984, pp. 619-726.
HÀRING B., *Paternità responsabile,* Libreria Editrice Salesiana, Roma 1970 (trad, esp., *Paternidad Responsable,* Perpetuo Socorro, Madrid 1966).
—, *Etica medica,* Paoline, Turin 1973.
—, *Rapporti sessuali prematrimoniali e morale,* Paoline, Francavilla a Mare 1973.
—, *Liberi e fedeli in Cristo,* II, Paoline, Roma 1980, pp. 589-683 (trad, esp., *Libertad y fidelidad en Cristo,* Herder, Barcelona 1983).
—, voz *Omosessualità,* in *Dizionario enciclopedico di Teologia Morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 682-688.

---

[331]

—, voz *Sessualità,* in *Dizionario enciclopedico di Teologia Morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 993-1006.
JANNIÈRE A., *Anthropologic sexuelle,* Paris 1964.
JUAN PABLO II, *Exhortación apostòlica «Familiaris consortio»* (22.11.1981) en *Enchiridion Vaticanum,* 7, Dehoniane, Bolonia 1985, pp. 1388-1603.
—, *Discorso ai sacerdoti partecipanti and un seminario di studio su «La procreazione responsabile»* (17.9.1983), en *insegnamenti di Giovanni Paolo II,* VI, 2, pp. 561-564.
—, *Paternità e Maternità responsabili alla luce della Humanae Vitae,* (1.8.1984) en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* VII, 2, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1984, pp. 144-151.
—,*Uomo e donna lo creò. Catechesi sull'amore umano* (coord, por el Institute *«Giovanni Paolo n», Pont. Univ. Lateranense), Cittá Nuova, Roma 1985.*
—,Lettera Apostólica «Mulieris Dignitatem» *(15.8.1988), en* Enchiridion Vaticanum, *11, Dehoniane, Bolonia 1991, pp. 706-843.*
KAPLAN *H.,* Nueva terapia sexual, *2 vols., Alianza Editorial, Madrid 1985.*
KARDINER *A.,* Sex and morality, *Nueva York 1954.*
KEANE *P.S.,* Sexual morality. A catholic perspective, *Gilí and Macmillan, Dublín 1980.*

KJNSEY *A.C.,* POMEROY *W.B.,* MARTIN *CE.,* Sexual behavior in the human male, *Saun-ders, Filadelfia 1948.*

—, Sexual behavior in the human female *(trad. it. //* comportamento sessuale nella donna, *Bompiani, Milán 1955), Saunders, Filadelfia 1953.*

Lio E., «Humanae Vitae» e coscienza, *en* AA. VV., L'insegnamento di K. Wojtyla teólogo e Papa, *Libr. Editrice Vaticana, Cittá del Vaticano 1980.*

—,, «Humanae Vitae» e infallibilitá, *Libr. Editrice Vaticana, Cittá del Vaticano 1986.*

MALTHUS *R.,* Essay on the pricipal of population as it affects the future improvement of society, *Londres 1798.*

MANCUSO *S.,* VAN LOOK *P.F.,* La regolazione naturale della fertilitá oggi, *Vita e Pensiero, Milán 1992.*

MANNO *A.G.,* Considerazioni sullo sviluppo demográfico, *en* NODARJ *M*.V. *(coord.),* Popolazione, ambiente, risorse, *Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 199-206.*

MARCHESI *G.,* L'omosessualitá: problema pastúrale per la Chiesa, *«La Civiltá Cattolica», 1986, IV, 560-569.* MARCUSE *H.,* Eros y civilización, *Planeta, Barcelona 1984.*

MASSONE *A.,* Cause e terapie nell'omosessualitá, *Salcom, Brezzo di Bedero 1970.* MASTERS *W.H.,* JOHNSON *V.E.,* Respuesta sexual humana, *Intermédica, Buenos Aires 1981.*

—, Incompatibilidad sexual humana, *Intermédica, Buenos Aires 1981.*

MCCARTHY *D.G.,* BAYER *E.J. (eds.),* Handbook on critical sexual issues, *The Pope John Center, St. Louis (MO) 1983.*

---

[332]

MCNEILL J.J., *The Church and the homosexual,* Shead, Andrews and McMeel, Kansas City 1976.

MEAD M., *Sexo y temperamento,* Paidós, Buenos Aires 1985.

MELCHIORRE V. (coord.), *Amore e matrimonio nel pensiero fdosofico e 'teologico moderno,* Vita e Pensiero, Milàn 1976.

MILAN A., *Freud critico della religione per l'autonomia della morale,* «Aspernas», 1981, 3-4, 397-425.

MOUROUX J., *Sens chrétien de l'homme,* Aubier, Paris 1945.

MUSATTI C. (coord.), *Opere di S. Freud,* 12 vols., UTET, Turin 1966-1980.

NALESSO A., *L'autoerotismo nell'adolescente,* Marietti, Turin 1970.

NEBULONI R-, *Amore e morale,* Boria, Roma 1992.

PABLO VI, *Carta Enciclica «Humanae Vitae«,* (25.7.1968) en ZALBA M., *La regulación de la natalidad,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1968.

PERICO G., *La cura pastorale delle persone omosessuali in un recente documento della S. Sede,* «Aggiornamenti Sociali», 1987, 1, 79-87.

—, Problemi di etica sanitaria, Ancora, Milàn 1992, pp. 391-414.

PESCETTO G., DE CECCO L., PECORARI D., RAGNI A., *Manuale di Ginecologia e Ostetricia,* 2 vols., SEU, Roma 1989.

PEYRON R., AUBÉNY E. et al., *Early termination of pregnancy with mifepristone (RU486) and the orally active prostaglandin misoprostol,* «NEJM», 1993, 328, 21, pp. 1509-1513.
PIANA G., *Orientamenti di etica sessuale,* en GOFFI T., PIANA G. (coord.). *Corso di morale,* II: *Diakonia (Etica della persona),* Queriniana, Brescia 1983, pp. 271-366.
RAHNER K., *// problema della manipolazione genetica,* en CEF (coord.), *Uomo-Donna. Progetto di vita,*CIF-UECI, Roma 1985, pp. 370-371.
RATZINGER J., *Uno sguardo teologico sulla procreazione umana,* en SOCIETÀ DI BIOETICA, *Bioetica. Un'opzione per l'uomo,* Jaca Book, Milàn 1989, pp. 197-213.
RAYMOND J.G., KLEIN R., DUMBLE L.J., *RU486. Misconceptions, myths and morals,* Cambridge 1991.
RHONHEIMER M., *Contraception, sexual behaviour, and natural law. Philosophical foundation of the norm of «Humanae Vitae»,* en PONTIFICIO ISTITUTO GIOVANNI PAOLO n, *Humanae Vitae: venti anni dopo,* Ares, Milan 1989, pp. 73-115.
ROSSI G., *// rapporto uomo-donna,* en LORENZETTI L. (coord.), *Trattato di etica teologica,* II, Dehoniane, Bolonia 1981, pp. 399-458.
—, voz *Masturbazione,* en *Dizionario Enciclopedico di Teologia Morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 614-625.
Russo F., *Sviluppo demografico e interrogativi sociali,* en NODARI M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 15-33.
SALVONI F., *Sesso e amore nella Bibbia,* Lanterna, Genova 1970.
SARANO J., *Significado del cuerpo,* Troquel, Buenos Aires.

---

[333]
SCHELSKY H., *Soziologie der Sexualität,* Hamburgo 1955.
SCHLEGELBERGER B., *Rapporto sessuale prima e fuori del matrimonio,* Paoline, Roma 1974.
SCHOOYANS M., *L'avortement, problème politique,* «Nouvelle Revue de Theologie», 1974, 106, pp. 1031-1053 y 1975, 107, 25-50.
SCHWARTZ M.F., MORACZEWSKI A.S., MONTELEONE J.A. (eds.), *Sex and gender. A theological and scientific inquiry,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1983.
SCOLA A., *Identidad y diferencia,* Encuentro, Madrid 1989.
SERRA A., *Implicazioni morali dell'applicazione del «Metodo del ritmo»?,* «Medicina e Morale», 1977, 1/2, 3-39.
—, Le componenti biologiche della sessualità umana, en CIF (coord.), *Uomo-Donna. Progetto di vita,* CIF-UECI, Roma 1985, pp. 103-136.
SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Carta al P. Charles Curran* (25. 7.1986), en *Enchiridion Vaticanum,* 10, Dehoniane, Bolonia 1989, pp. 520-523.

—, *Carta a S.E. J.R. Quinn acerca del libro «Human sexuality”* (13.7.1979), en *Enchiridion Vaticanum,* 6, Dehoniane, Bolonia 1980, pp. 1126-1137.

—,*Carta sobre el cuidado pastoral de las personas homosexuales* (1.10.1986), en Enchiridion Vaticanum, *10, Dehoniane, Bolonia 1989, pp. 666-693.*

—,Declaración sobre Algunas cuestiones de ética sexual *(29.12.1975), en* Enchiridion Vaticanum, *5, Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 1126-1157.*

—,Declaración sobre El aborto provocado *(18.11.1974), en* Enchiridion Vaticanum, *5, Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 418-443.*

—, Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación *(22.2.1987), Promoción Popular Cristiana, Madrid 1987.*

SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA, Orientaciones educativas sobre el amor humano. Lineamentos de educación sexual *(1.11.1983), en* Enchiridion Vaticanum, *9, Dehoniane, Bolonia 1987, pp. 420-456.*

SGRECCIA E., L'impegno dei cristiani per una procreazione responsabile, *«Medicina e Morale», 1978, 2, 181-191.*

—, II riduzionismo biológico in Medicina *(editorial), «Medicina e Morale», 1985, 1, 3-9.*

—, Corso di Bioética, *Angeli, Milán 1986.*

—, Divieto morale e profezia, *en* SGRECCIA E. *(coord.), //* dono della vita, *Vita e Pensiero, Milán 1987, pp. 205-211.*

—, *A* vent'anni dalla pubblicazione dell'«Humanae Vitae» *(editorial), «Medicina e Morale», 1988, 6, 781-785.*

SIMMONS *P.D.,* Theological approaches lo sexuality: an overview, *en* SHELP *E.E. (ed.),* Sexuality and medecine: ethical viewpoints in transition, *D. Reidel, Dordrecht 1987, 23, pp. 199-219.*

SIMÓN *R.,* Amore e sessualitá, matrimonio e famiglia, *en* L 'ateísmo contemporáneo, m, *Sei, Turín 1969.*

---

[334]

SKINNER R., *Oneflesh: separate persons,* Constable, Londres 1976.

SORBI U., *Incremento demografico, situazione alimentare ed inquinamento terrestre,* en NODARI M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 101-114.

SPINSANTI S., *L'approccio medico della sessualità: interrogativi etici e antropologici,* «Medicina e Morale», 1980, 3, 308-317.

—, *Problemi antropologico-morali dell'identità sessuale,* «Medicina e Morale», 1982, 3,225-237.

—, *Verso una teologia sistematica del corpo,* «Medicina e Morale», 1983, 1, 5-11.

TELTELBAUM M.S., WINTER J.M., *La paura del declino demografico* (tit. orig. *The fear of population decline,* Academic Press Inc., Orlando 1985), Il Mulino, Bolonia 1987.
TETTAMANZI D., *Orientamenti teologici in tema di sessualità,* «Medicina e Morale», 1975, 2-3, 344-361.
—, *«Humanae Vitae». Commento all'Enciclica sulla regolazione delle nascite,* Ancora, Milàn 1978.
—, *La sessualità umana: prospettive antropologiche, etiche e pedagogiche,* «Medicina e Morale», 1984, 2, 129-154.
—, *Paternità e responsabilità,* en AA. VV., *Biologia e morale,* Jaca Book, Milàn 1985, pp. 65-90.
—, *Sessualità umana e procreazione responsabile,* en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990, pp. 105-140.
—, *L'etica sessuale,* en AA. VV., *Sessualità da ripensare,* Vita e Pensiero, Milàn 1990, p. 28.
TREMBLAY E., *L'affaire Rockfeller. L'Europe occidentale en danger,* Reuil - Malmaison 1979.
VALERIANI A., *Il nostro corpo come comunicazione,* La Scuola, Brescia 1964.
VECCHIO F.M., *Rischi connessi con l'uso dei contraccettivi orali,* «Medicina e Morale», 1978, 2, 167-180.
VIDAL M., *Morale dell'amore e della sessualità,* Cittadella, Asis 1973.
VISSER G., *Intervento degli Stati per una politica demografica,* en NODARI M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 130-139.
VOLPI D., *Priorità educativa e problemi demografici,* en NODARI M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 224-228.
VON BALTHASAR H.U., *Le persone del dramma; l'uomo in Dio,* Jaca Book, Milàn 1982, II.
WOJTYLA K., *Amor y responsabilidad,* Razón y Fe, Madrid 1979.
ZUANAZZI G.F., *Sessuologia ed etica sessuale,* «Medicina e Morale», 1975, 2-3 331-343.

---

[335]

CAPÍTULO 9
Bioética y aborto

El punto de vista bioético

El dramático tema del aborto provocado puede ser tratado bajo diferentes aspectos. Se puede hablar de él desde el punto de vista de la

historia, esto es, si fue practicado —y qué pueblos lo hicieron— en la Antigüedad, en la Edad Media y en tiempos más recientes; cómo fue juzgado por la moral común y corriente, y cuáles fueron las causas de su aumento o disminución[404].

Se puede abordar también en términos sociológicos para analizar qué incidencia tiene, en el momento actual, tanto el fenómeno clandestino como el legalizado, así como las condiciones sociales y económicas que lo favorecen[405].

Así, por ejemplo, en cuanto a la incidencia de abortos en Italia, según los datos elaborados por el Ministerio de Sanidad, en 1991 hubo 160,532 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) con una reducción del 3.3. por ciento respecto de 1990, y del 31.4 por ciento respecto de 1982[406]. También según la misma fuente ministerial, la mujer que recurre con más frecuencia al aborto vive en el sur de Italia, ha cursado estudios por lo menos de secundaria (30.2 por ciento), tiene más de 30 años, está casada (62 por ciento) y es madre de uno o dos hijos.

Otro punto de vista desde el que se puede considerar el tema es el del derecho, civil y penal, asunto sobre el cual existen muchos trabajos en Italia[407], bien como comentario de la Ley 194/78 o sobre los conceptos penales de carácter general.

---

[336]

Está luego el punto de vista teológico-moral y canónico, que sobre todo en el ámbito de la Iglesia fue ampliamente tratado en el pasado, cuando el aborto representaba un hecho oculto, y más recientemente

---

[404] Este aspecto ha sido tratado por NARDI E., Aborto procurato nel mondo greco-romano, Milán 1971; ID., L'eredità del mondo antico, en FIORI A., SGRECCIA E. (coord.), L.'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici, Milán 1975, pp. 23-27; SGRECCIA E., L'insegnamento dei Padri de la Chiesa, ibi., pp. 49-68; CAPRILE G., Non uccidere: il Magistero della Chiesa sull'aborto, Roma 1974; SGRECCIA E., Di PIETRO M.L., L'interruzione volontaria di gravidanza nel pensiero cattolico, «Affari sociali» 1989, 4 75-92.

[405] Entre los muchos trabajos sobre el tema, citamos, sobre el aborto clandestino, el de COLOMBO B., Sulla difussione degli aborti illegali in Italia, «Medicina e Morale», 1976, 1-2, pp. 17-78. Véase también: QUINTAVALLA E., RAIMON D.E. (coord.), Aborto, perchè?, Milán 1989.

[406] MINISTERO DELLA SANITÀ, Relazione e dati 1991 sulla situazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione della gravidanza, Roma 1993.

[407] STELLA F., L'aborto come illecito penale, en FIORI, SGRECCIA (coord.), L'aborto. Riflessioni..., pp. 257-264; INTRONA F., Legalizzazione dell'aborto: riflessioni medico-legali, ibi., pp. 265-296; LICORDARI R., Aspetti della legislazione sull'aborto nel mondo, ibi, pp. 297-312; EUSEBI L., Tutela giuridica dell'embrione ed esigenze irrisolte di prevenzione dell' aborto, en SGRECCIA, MELE (coord.), Ingegneria genetica e biotecnologie...

aún, como consecuencia de la legalización y liberalización que se han establecido en diversas naciones[408].

El fenómeno del aborto, clandestino o no, es objeto de estudio por parte de la psicología: al interesarse ésta por las motivaciones que pueden inducir a hacer una opción de vida o, por el contrario, una opción de muerte[409], puede igualmente evaluar las repercusiones psicológicas en la mujer tras el evento del aborto voluntario.

Además, habría que examinar también los aspectos culturales, porque es indudable que algunas culturas o subculturas ven la autorización o legalización del aborto como una opción «civilizada», mientras que para otras, en cambio, son una de las señales más alarmantes de la cultura de la muerte.

El aspecto que nosotros pretendemos considerar aquí es de carácter bioético. Nos basaremos, para ello, en los resultados de la biología y de la genética para evaluarlos a la luz de la ética racional, por encima de la valoración —aunque sea importante— del Magisterio de la Iglesia y de la teología moral. Esta posición, la de la bioética, debería servir de punto de encuentro para los creyentes y para los que no lo son, y definir la línea de la ética profesional del médico[410].

Nuestro punto de vista, pues, es limitado, pero fundamental: se trata de examinar si el embrión humano es, o no, una vida humana individualizada ya desde el primer momento de la fecundación; y en caso de que lo sea, si existen circunstancias en que es lícita, y éticamente aceptable, la supresión o interrupción voluntaria del embarazo.

Esta respuesta, dada por la ciencia biológica y ética conjuntamente, tiene repercusiones en el plano del comportamiento y ante la ley y las costumbres al uso.

---

[337]

El comportamiento que analizamos es sobre todo el del médico y el de sus colaboradores directos, aunque reconocemos que el problema surge en primera instancia en el seno de las familias.

---

[408] TETTAMANZI D., Comunità cristiana e aborto, Aba 1975; HARING, Libertad y fidelidad en Cristo, voi. ni; CAFFARRA C, // problema morale dell'aborto, en FIORI, SGRECCIA (coord.), L'aborto. Riflessioni..., pp.313-320. Véase también SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre El aborto provocado del 18 de noviembre de 1974; ID., Instrucción...; CICCONE L., Non uccidere: morale della vita fisica, Milán 1984, pp. 144-254; SCHOOYAN M., L'avortement enjeux politiques; DE LAGRANGE, DE LAGRANGE, BELL, Le complot....

[409] ANCONA L., Prospettive psicologiche dell'aborto, en FIORI, SGRECCIA (coord.), L'aborto. Riflessioni..., pp. 235-263; ZiCHELLA L., CERSOSIMO L. (Coord.), Aspetti medici psico-sociali e legali dell'interruzione volontaria di gravidanza, Roma 1986.

[410] Recomendamos el volumen citado de FIORI, SGRECCIA (coord.), L'aborto. Riflessioni..., en particular el artículo de SERRA A., //' neoconcepito alla luce degli attuali sviluppi della genetica umana, pp. 115-148, así como las contribuciones de: FAGONE V., II problema dell'inizio della vita del soggetto umano, pp. 149-180; FIORI A., Strage di Stato degli innocenti, pp. 9-22.

Y debo hacer todavía un señalamiento ulterior: nos moveremos aquí en el plano de los valores objetivos y de la verdad objetiva, esto es, sin adentrarnos en el juicio sobre las responsabilidades subjetivas. Toda opción ética, en efecto, puede ser considerada en su realidad objetiva o en su momento subjetivo: el sujeto puede tener atenuantes, puede verse obligado, puede estar en situación de ignorancia y, en cualquier caso, debe ser ayudado aun cuando hubiera cometido algo ilícito mo-ralmente; pero la realidad objetiva sigue siendo la que es; y, si tiene un sentido la ayuda, ésta deberá prestarse moralmente en la dirección de la verdad objetiva, es decir, en nuestro caso, para no repetir el eventual error cometido y para prevenirlo cuantas veces sea posible y en cuanto dependa de las responsabilidades de cada cual.

En esta óptica de verificación y racionalilidad, trataremos los siguientes temas: la realidad biológica del recién concebido; el valor objetivo de la vida humana desde el instante de la concepción, en sí misma y en relación con las situaciones contingentes (enfermedad de la madre, enfermedad del que va a nacer, combate al aborto clandestino legalizando el aborto); el comportamiento del médico ante la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo y ante la ley (objeción de conciencia). Son cuatro, pues, los tópicos que nos proponemos desarrollar desde el enfoque ético.

El recién concebido a la luz de la genética y de la biología humana

«La concepción humana no es hoy ya un misterio natural oculto tras paredes impenetrables, ofuscado por sombras de dudas derivadas de observaciones imprecisas o envuelto por velos de silogismos ilusorios o sofismas engañosos. Esta realidad no puede ahora ya ser mistificada a voluntad del que habla de ella. Aunque queda todavía, como ocurre en toda conquista del saber, mucho por entender y por investigar para un conocimiento cada vez más cuidadoso de esta realidad, las observaciones recogidas hasta ahora son ya suficientes para aclarar los aspectos que aquí nos interesan»[411].

El primer dato incuestionable puesto en claro por la genética es que en el momento de la fertilización —esto es, de la penetración del espermatozoide en el óvulo—, los dos gametos de los padres forman una nueva entidad biológica, el cigoto, que lleva en sí un nuevo proyecto-programa individualizado, una nueva vida individual.

---

[338]

«Es observación común que el primer evento en la formación de un individuo humano es la fusión de dos células altamente especializadas, el

[411] SERRA, *Il neoconcepito alia luce...*, p. 115.

óvulo y el espermatozoide, mediante el proceso de la fertilización, proceso sumamente complejo en el que dos células extraordinarias tecnológicamente programadas, que constituyen dos sistemas autónomos pero ordenados uno al otro, interactúan entre sí dando origen a un nuevo sistema. A una primera fase de encuentro —propiciada por receptores específicos de la especie presentes en la zona translúcida que envuelve al óvulo, por proteínas ligantes presentes en la membrana externa de los espermatozoides y por enzimas proteílicas y gücolíticas llamadas acrosomas— sigue la penetración de la cabeza de un espermatozoide en el citoplasma del óvulo.

En cuanto ésta se produce, comienza una cadena de actividades que evidencia que no son ya dos los sistemas que operan individualmente uno del otro, sino que se ha constituido un "nuevo sistema" que comienza a operar como una "unidad" llamada precisamente "cigoto" o "embrión celular"»[412].

Las dos respectivas células gaméticas tienen en sí un patrimonio bien definido, el programa genético, recogido en torno a los 23 pares de cromosomas: cada una de las células gaméticas tiene una mitad del patrimonio genético respecto de las células somáticas del organismo de los padres, y con una información genética que es cualitativamente diversa respecto de las células somáticas del organismo paterno y materno. Una vez unidos estos dos gametos —diversos entre sí y diversos también de las células somáticas de los padres, pero mutuamente complementarios—, activan un nuevo proyecto-programa que determina e individualiza al recién concebido[413].

No cabe la menor duda sobre la novedad que representa el proyecto-programa resultante de la fusión de los 23 pares de cromosomas, y negarlo significaría renegar los resultados ciertos de la ciencia.

«Los 46 cromosomas del cigoto representan, en efecto, una combinación cualitativamente nueva de instrucciones, llamada técnicamente genotipo-, esta nueva combinación es adecuada para imprimir un nuevo esquema de estructura y de actividad a la célula que lo posee. Para confirmar clínicamente la novedad, basta poner el ejemplo de la resultante de los grupos sanguíneos: si los dos progenitores tienen el grupo A y B respectivamente, puesto que tales grupos están determinados por instrucciones genéticas, en definitiva, la resultante del

[412] SERRA A., Dalle nuove frontiere della biologia e della medicina nuovi interrogativi alla filosofia, al diritto e alla teologia, en SERRA, SGRECCIA, DI PIETRO, Nuova genetica..., pp. 69-70

[413] ID., Embrione umano, scienza e medicina — In margine al recente documento vaticano, «La Civiltà Cattolica», 1987, n, pp. 247-261; ID., Quando comincia un essere umano, en SGRECCIA E. (coord.), // dono della vita, Milán 1987, pp. 99-105.

grupo sanguíneo del recién concebido puede ser de grupo 0 (si los dos padres son ambos heterocigotos)»[414].

[339]

Para resumir y repetir lo que hasta aquí llevamos dicho, remito al documento «Identidad y estatuto del embrión humano» del Centro de Bioética de la Universidad Católica, que así se pronuncia a este propósito:

«El primer grupo de datos deriva del estudio del cigoto y de su formación. De estos datos resulta que, durante el proceso de fertilización, apenas el óvulo y el espermatozoide —dos sistemas celulares teleológicamente programados— interactúan entre sí, inmediatamente se inicia un nuevo sistema, que tiene dos características fundamentales:

1. El nuevo sistema no es una simple suma de los dos subsistemas, sino un sistema combinado, el cual, como consecuencia de la pérdida por parte de ios dos subsistemas de una parte de su propia individualización y autonomía, comienza a operar como una nueva unidad, intrínsecamente determinada para lograr su forma definitiva específica si se dan todas las condiciones necesarias. De aquí la clásica terminología que se utiliza todavía de "embrión unicelular" (one celi embryo).

2. El centro biológico o estructura coordinadora de esta nueva unidad es el nuevo genoma de que está dotado el embrión unicelular; es decir, esos complejos moleculares —visiblemente reconocibles a nivel citogenético en los cromosomas— que contienen y conservan como en una memoria un diseño-proyecto muy definido, el cual posee la "información" esencial y permanente para su realización gradual y autónoma. Es este genoma el que identifica al embrión unicelular como biológicamente humano, especificando su individualidad. Y es este genoma también el que confiere al embrión enormes potencialidades morfogenéticas, que el embrión mismo actuará gradualmente durante todo el desarrollo mediante una continua interacción con su ambiente tanto celular como extracelular, de los cuales recibe señales y materiales»[415].

El hecho que debe notarse principalmente es que este nuevo programa no es inerte, ni «ejecutado» por los órganos fisiológicos maternos que se sirven del programa del mismo modo que el arquitecto se sirve del proyecto como un esquema pasivo; sino que es un nuevo proyecto que se construye a sí mismo y es en sí el actor principal. Aun manteniéndose activos por un cierto tiempo los sistemas de información de origen materno que llevaron a que el óvulo madurara, sin embargo, desde el primer momento de la fertilización entran en acción los sistemas

---

[414] ID., // neoconcepito alla luce..., p. 117.

[415] CENTRO DI BIOÉTICA, UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL S. CUORE, Identidad y estatuto de! embrión humano, 22.6.1989, «Medicina y Ética-, 1990, 1, 1, p. 43 ss.

de control del cigoto, los cuales asumen su control completamente, incluso antes de la implantación: desde la formación de los blastómeros por replicación-duplicación, hasta la formación de la blástula y la nidación, el piloto o arquitecto de la construcción está constituido por la información genética intrínseca a la nueva realidad.

---

[340]

Recuerdo simplemente la dirección de este dinamismo de autoconstrucción: del DNA al RNA a las proteínas. El DNA representa un teletransmisor, el RNA la teleimpresora, y las proteínas el resultado escrito de las operaciones.

Hasta el estadio de dos células —por consiguiente, antes de la nidación— se activan los llamados cistrones rDNA y tDNA, los cuales dirigen, o por así decir dictan, su propio mensaje en moléculas específicas de ácido ribonucleico, respectivamente el rRNA responsable de los ribosomas, diminutos granulos endocelu-lares que representan la máquina nuclear para la síntesis de la proteínas, y el tRNA, absolutamente necesario en el mismo mecanismo de la síntesis de las proteínas, que tiene por tarea vehicular los aminoácidos.

El reconocimiento de los aminoácidos específicos se produciría mediante ese «segundo código genético» al que aludíamos en el capítulo sobre el origen de la vida.

Apenas dispuestas estas moléculas que representan ¡os mecanismos de síntesis, se activa en un cierto número suficiente de células la parte del genoma llamada mRNA, moléculas que transportan la instrucción para la síntesis de las proteínas y de moléculas proteínicas específicas para la formación de la blástula.

Este proceso se produce entre el 2" y el 3[a] día de la fertilización, continúa en los días sucesivos a ritmo vertiginoso y, mediante señales que se transmiten de una célula a otra, éstas se van disponiendo selectivamente en las regiones apropiadas del embrión; las diversas células, dirigidas siempre por las instrucciones del programa genético, van a adoptar su diferente determinación con características precisas.

Este proceso de desarrollo presenta tres propiedades biológicas peculiares, que el documento del Centro de Bioética de la Universidad Católica ya citado resume de la siguiente manera:

«1. Coordinación. En todo el proceso, desde la formación del cigoto en adelante, se da una sucesión de actividades moleculares y celulares guiadas por la información contenida en el genoma y bajo el control de señales originadas por interacciones que se multiplican incesantemente a todos los niveles, dentro del embrión mismo y entre éste y su ambiente. Precisamente de esta guía y de este control deriva la expresión coordinada de miles de genes estructurales que implica y confiere una estrecha unidad al organismo que se desarrolla en el espacio y en el tiempo.

3. Continuidad. El "nuevo ciclo vital" que se inicia en la fertilización procede —si se satisfacen las condiciones requeridas— ininterrumpidamente. Cada uno de los eventos, por ejemplo la replicación celular, la determinación celular, la diferenciación de los tejidos y la formación de los órganos, aparecen obviamente como pasos sucesivos. Pero el proceso en sí mismo de la formación del organismo es continuo. Es siempre el mismo individuo el que va adquiriendo su forma definitiva. Si este proceso se interrumpiera, en cualquier momento, se tendría la muerte del individuo.

---

[341]

3. Gradualidad. Es ley intrínseca del proceso de formación de un organismo pluricelular que éste adquiera su forma final mediante el paso de formas más simples a formas cada vez más complejas. Esta ley de la gradualidad de la adquisición de la forma definitiva implica que el embrión, desde el estado de célula en adelante, mantenga permanentemente su propia identidad e individualidad a través de todo el proceso».

Durante el proceso de desarrollo se actúa, pues, una expresión cuantitativa y una expresión cualitativa, con una sucesión de tiempos y una determinación de espacios sucesivos, siguiendo siempre un programa definido.

Así, a cada momento y con un ritmo preordenado, prosigue el ciclo vital del nuevo ser, el cual se autoconstruye imponiéndose a sí mismo la dirección, las estructuras diferenciadas y la calidad del crecimiento según el diseño inscrito en el genoma desde el momento de la fertilización (histogénesis, regionalización, morfogénesis). Con los estudios llevados a cabo durante los últimos 15 años en animales (conejos) y en fetos abortados, se ha podido hacer el seguimiento del porcentaje de desarrollo de los genes de mRNA en los diversos distritos (cerebro, hígado) para comprobar cómo, con mecanismos de replicación o represión, el genoma procede en tiempos diversamente acelerados a la construcción de los distintos órganos. En las investigaciones sobre fetos abortados y malformados ha sido posible rastrear porciones precisas de DNA y de cromosomas faltantes o aberrantes, responsables de las malformaciones mismas.

En conclusión:

«Son tan rápidos el desarrollo y la organización, que al final de la 8ª semana, si no se interponen desviaciones debidas a una alteración más o menos notable del "programa" mismo, o atribuibles a fuerzas resultantes de una alteración anómala genoma-citoplasma-ambiente, la organización ha terminado y el embrión posee, aunque sea en miniatura, todas las estructuras características del hombre, con el sexo bien definido, tal como se reconocen al término del embarazo»[416].

---

[416] Ibi, pp. 123.

Hemos puesto de relieve, pues, las características de determinación programada, del sentido de finalidad, de continuidad sin solución cualitativa, y la autoproducción y autodirección del programa dentro del genoma y del embrión.

Sin embargo, la autonomía de la que hablamos no ha de entenderse en sentido absoluto, porque ésta no se da ni siquiera después del nacimiento: también cuando somos adultos dependemos del ambiente vital que nos rodea (la atmósfera, los alimentos, etcétera); basta pensar que cuando la blástula llega al útero, su desarrollo se detiene si el útero no ha sido preparado por los estrógenos para acoger la nidación. Pero, de todos modos, aquí se trata de una dependencia extrínseca análoga

---

[342]

a la que el adulto tiene respecto del ambiente; el ambiente materno proporciona nutrición y oxigenación, y aleja los productos del metabolismo que pueden ser tóxicos. La calidad, el impulso y la dirección del desarrollo, sin embargo, no dependen de órganos directivos matemos, sino de la composición autogénica del embrión mismo.

Decir, por esto, que el embrión es una porción de la madre es un error de carácter anticientífico.

Ahora bien, las pruebas biológicas de este hecho se tienen de manera más impactante en los experimentos de fertilización in vitro, en la que precisamente se demuestra que se puede llevar a cabo la fertilización con la unión de las dos células gaméticas; y que desde ese momento, en un ambiente idóneo, el embrión se desarrolla por mecanismos autoconstructivos.

Otra prueba se había obtenido ya cuando algunas blastómeras transferidas a órganos de machos (hígado, riñon, bazo, cerebro) se habían podido desarrollar en embrión hasta fases avanzadas.

Lo cual quiere decir que el desarrollo del embrión depende de la madre sólo de un modo extrínseco.

El hecho por el que en estas primerísimas fases se pueden verificar eventos extrínsecos o patológicos por los que de una célula fecundada se originan dos gemelos homocigotos, o que dos óvulos fecundados se fundan en uno (hibridación) o que, finalmente, se verifiquen interrupciones o miniabortos, no cambia la naturaleza y la calidad intrínseca del genoma y de su dinamismo individualizado.

El carácter humano del embrión

Puesto que el desarrollo biológico es ininterrumpido, y se actúa sin una mutación, cualitativa intrínseca y sin que se necesite una ulterior intervención que lo origine, se debe decir que la nueva entidad constituye un nuevo individuo humano que desude el instante de la concepción

prosigue su ciclo o, mejor dicho, su curva vital.. La autogénesis del embrión se efectúa de manera tal que la fase sucesiva no elimina a la anterior, sino que la absorbe y la desarrolla según una ley biológica individualizada y activamente controlada. Incluso cuando aún no es reconocible la figura humana, son cientos de miles de células musculares las que hacen ya latir un corazón primitivo; decenas de millones de células nerviosas, las que se ensamblan en circuitos y se disponen a formar el sistema nervioso de una persona determinada.

A esta propósito no vale la distinción entre ser humano y ser humanizado, dividido el uno del otro por la aparición de la figura humana; ni tampoco la otra objeción que recurre a la distinción entre ontogénesis y filogénesis.

Según esta teoría, y partiendo del evolucionismo, se volvería a recorrer la formación del individuo y se concentraría la historia de la evolución de las formas

---

[343]

de vida en el mundo, historia en la que el ser humano aparecería a lo último y la humanización estaría precedida por las formas de vida animal y vegetal. Pero en el embrión y en su desarrollo no se encuentra, en ningún momento, un dinamismo biológico de tipo vegetal o de algún ser indiferenciado de diferente especie. D todo que aparecerá al final (si por final se entiende el nacimiento o la vida adulta) está ya causativa y genéticamente presente en el inicio, incluso en sentido individual.

Cae por su base también, en consecuencia, el concepto de presencia de umbrales o niveles que representarían momentos de solución de continuidad (teoría gradualista), después de los cuales habría de darse un cambio de programa: este interestadio no existe desde el punto de vista genético.

También la incertidumbre de los juristas sobre la posibilidad o no de aplicar el concepto de persona en los primeros estadios se vuelve una digresión inútil cuando se piensa que poco importa cómo se le quiera definir jurídicamente, pero ese embrión está ya en el mismo individuo en desarrollo que será definido como persona. Bien podemos responder con Tertuliano (que, entre otras cosas, era también abogado): «es ya hombre aquel que lo será».

De igual manera, más adelante podremos precisar mejor lo referente al problema de la animación simultánea o sucesiva, problema que es de naturaleza filosófico-especulativa, pero que resulta irrelevante y contradictorio frente a la realidad de la ontogénesis.

Pero por parte del mundo científico se presentan algunas dificultades en lo referente al inicio de la vida individual humana.

Según el Informe Warnock, por ejemplo, se podría disponer del-embrión humano para fines experimentales hasta el 14^2 día después de la concepción, dejando entender claramente que hasta esa fecha al embrión no se le reconoce carácter humano o que, en todo caso, está

subordinado a la vida del adulto[417]. El periodo de 14 días fue propuesto por primera vez en 1979 por el Ethics Advi-sorv Board (DHEW) en Estados Unidos, aduciendo como motivo el hecho de que el 14[a] día~corresponde a la terminación de la implantación[418].

En 1984 la Comisión Waller australiana repetía: «No más de 14 días», porque después de este estadio se forma la línea primitiva «y la diferenciación del embrión es evidente»[419].

---

[344]

El Comité Warnock —o por mejor decir, algunos de los integrantes del grupo de estudio— confirmó luego esta fecha, que correspondería también al tiempo de formación de la línea primitiva y, al mismo tiempo, de inicio del desarrollo individual del embrión[420].

McLaren, miembro asimismo del Comité Warnock, afirma en un artículo reciente: «El punto en que comencé a ser individuo humano total y completo fue en el estadio de línea primitiva, la formación del embrión»[421].

La aparición de la línea primitiva indicaría que las células destinadas a constituir el auténtico embrión se han diferenciado ya de las células que formarán, en cambio, los tejidos placentarios y protectores[422].

El desarrollo embrional hasta el 14[a] día sería, pues, según McLaren,

«un periodo de preparación, durante el cual se elaboran todos los sistemas de protección y nutrición requeridos para sustentar al futuro embrión»; y sólo «cuando los sistemas de soporte se han establecido, es cuando puede comenzar a desarrollarse el embrión como entidad individual»[423].

Cuanto dice McLaren es reiterado por Grobstein[424], quien afirma:

«El pre-embrión humano tiene un conjunto especial de características que lo distinguen biológicamente del huevo que lo precede y del embrión que le sigue. Es un individuo genéticamente, pero

---

[417] GREAT BRITAIN, WARNOCK COMMITTEE, Report of inquiry into human fertilization and embriology, Her Majesty's Stationery Office, Londres 1984.

[418] ETHICAL ADVISORY BOARD (DHEW), HEW support of research involving human in vitro fertilization and embryo-transfer, US Government Printing Office, Washington (DC) 1979.

[419] AUSTRALIA, COMMITTEE TO OONSIDERER THE SOCIAL, ETHICAL AND LEGAL ISSUES ARISING FROM IN VITRO FERTILIZATION (Chairman: Louise Waller), Report of the embryos produced by in vitro fertilization, Melbourne 1984.

[420] GREAT BRITAIN, WARNOCK COMMITTEE, Report..., cap. 11, par. 22.

[421] MCLAREN A., Prelude to embryogenesis, en THE CIBA FOUNDATION, Human Embrvo Research: ves or no? Londres 1986, pp. 5-23.

[422] ZATTI M., La prospettiva del biólogo. Statuto biológico deU'embrione, en AA.VV., Procreazione artificíale ed interventi nella genética umana, Padua 1987, p. 181.

[423] MCLAREN, Prelude to..., pp. 5-23.

[424] GROBSTEIN C, Biological characteristics of the preembryo, «Annals of the New York Academy of Sciences», 1988, 541, pp. 346-348.

no morfológicamente»; y por Ford, que dice: «La aparición de la línea primitiva es la señal de que se ha formado y ha comenzado a existir un solo embrión propiamente dicho y un individuo humano. Antes de este estadio no tendría significado hablar de presencia de un verdadero ser humano en sentido ontológico»[425].

Como puede verse, estos autores introducen el término pre-embrión para indicar ese periodo de la vida prenatal humana comprendido entre el momento de la fecundación y la aparición de la línea primitiva, puesto que sólo en ese momento se puede evidenciar «una entidad espacialmente definida que puede desarrollarse directamente en un feto y luego en un recién nacido»[426].

---

[345]

Junto al término de pre-embrión se utiliza también el de pro-embrión, antiguo término botánico introducido desde 1847 y referido a la alternancia de las generaciones de las plantas inferiores. En el sentido actual pro-embrión es utilizado, sin embargo, de modo análogo a pre-embrión, con el fin de introducir un criterio de discriminación[427].

El 14º día sería también el límite más allá del cual ya no son posibles los fenómenos de división gemeíar o de hibridación[428]. Por lo que se refiere a la gemelación mono-ovular, los experimentos reproducidos en laboratorio en cigotos de animales (ratón, conejo) han demostrado que en los primerísimos días las células en fase constructiva de DNA (rDNA, tDNA) y RNA (rRNA, tRNA) conservan aún el carácter de células totipontenciales: si accidentalmente, por la labilidad de la membrana del cigoto, se produce una división en los primerísimos tiempos (en el estadio de 64 células la totipotencialidad parece que no existe ya), las porciones resultantes de la división dan lugar a otros tantos proyectos evolutivos y a otros tantos individuos[429].

En el caso de la hibridación, existe la posibilidad de que dos células fecundadas, en los primerísimos estadios de desarrollo, se fundan dando origen a un único individuo.

Según algunos autores, la vida humana individual comenzaría en el momento de la implantación.

La nidación del huevo fecundado tiene lugar entre el 6° y el 1° día, para completarse al 9a día; en el 14º día está ya constituida la pared endometrial por encima del embrión implantado[430].

---

[425] FORD N.M., When did í beging? Conception of the human individual in history, philosophy and science, Cambridge 1988, p. 168.
[426] MCLAREN, Prelude to...
[427] Biggers J.D., Arbitrary partition of prenatal Ufe, «Human Reproduction», 1990, 5, 1, pp. 1-6.
[428]Zatti, La prospettiva del biólogo..., pp. 185-186.
[429] Ruff W., Individualität und Personalität in embryonalen Werden. Die Frage nach dem Zeitpunkt der Geistbeseelung, «Theologie und Philosophie», 1970, 45, pp. 25-49.
[430] Zatti, La prospettiva del biólogo..., p. 182.

Para estos autores, por tanto, la vida humana individual comenzaría sólo desde el 6a día después de la concepción: en el momento de la implantación la blástula pasaría del estado de totipotencialidad al de unipotencialidad, desarrollándose desde ese momento en adelante sólo como ser humano y sólo en ese ser humano[431].

Otros autores, finalmente, consideran fundamental en el desarrollo embrional la formación del sistema nervioso y el inicio de la vida cerebral:

«La vida humana puede ser vista como un espectro continuo entre el inicio de la vida cerebral en el útero (octava semana de gestación) y la muerte cerebral. De todos modos, pueden estar presentes tejidos y sistemas de órganos; pero

[346]

sin la presencia de un cerebro humano funcional, éstos no pueden constituir un ser humano, por lo menos en sentido médico»[432].

Y Donceel, por su parte, afirma:

«Yo no sé cuándo el alma humana es infundida en el cuerpo, pero estoy seguro de que no hay alma humana y, por esto mismo, de que no hay persona humana en las primeras semanas de embarazo [...] Lo mínimo que se puede pedir antes de admitir la presencia del alma humana es la disponibilidad de estos órganos: los sentidos, el sistema nervioso, el cerebro y especialmente la corteza cerebral. Puesto que estos órganos no están preparados durante los primeros días del embarazo, estoy seguro de que no hay persona humana sino después de varias semanas más»[433].

A este propósito hay que señalar los estudios de White sobre el desarrollo del sistema nervioso del embrión a fin de individualizar el momento de la infusión del alma[434].

Lo que estos autores quieren demostrar es que la actividad cerebral permitiría, efectivamente, el paso de la vida embrional desde el «nivel celular» al «nivel holís-tico»: sólo entonces se daría «la unificación de diversos órganos **y** tejidos en un único individuo humano»[435].

En respuesta a estas objeciones, y especialmente por lo que se refiere a la línea primitiva, se debe recordar con A. Serra que

«ésta no representa sino el punto de llegada de un proceso ordenado secuen-cialmente, sin soluciones de continuidad, que se inicia desde el momento en que se formó el cigoto. En el periodojde

[431] Malherbe j.F., L'embryon est-il une personne humaine?, «Lumiére et Vie», 1985, 34, pp. 19-31.

[432] GOLDENING J.M., The brain-life theory. towards a consistent biological definition of humaneness, «Journal of Medical Ethics», 1985, 11, pp. 198-204.

[433] DONCEEL J.F., Inmediate animation and delayed hominization, «Theoloqical studies», 1970, 31, pp. 76-106.

[434] Véase lo que refiere el Noticiario «La fecondazione extracorporea» coord. por **Di** PIETRO M.L., en «Medicina e Morale» 1984, 4, pp. 570-571.

[435] SHEA M.C., Embryonic Ufe and human life, «Journal of Medical Ethics», 1985, 11, pp. 205-209.

preparación de los sistemas nutritivos y protectores están siempre presentes ya esa célula o células de las que se originarán las laminillas que constituyen la línea primitiva embrionaria. Ésta no aparece en modo alguno de improviso como desde el exterior y separada de todo el conjunto del proceso que comienza a desarrollarse de la **singamia:** es un producto de este proceso»[436].

Por lo que se refiere al uso del término pre-embrión, leamos también lo que dice Serra:

«Es lícito sin duda —y a veces quizás conveniente y útil desde el punto de vista terminológico, que tiene siempre un valor operativo— introducir símbolos nuevos para subrayar nuevos aspectos.

---

[347]

Por esto el término pre-embrión, propuesto por MacLaren y otros autores, podría ser utilizado para indicar la fase precoz del embrión, es decir, el periodo que abarca desde la constitución del cigoto hasta el momento en que aparece la línea embrional primitiva. Pero sería un error si con esta distinción se quisiera significar que los dos procesos, desde el cigoto a la línea primitiva y de ésta en adelante, son dos procesos discontinuos que no tienen correlación alguna entre sí y que las dos estructuras, la primera de la línea primitiva y la de después, son dos sujetos diversos, o que la primera es un agregado sin sujeto»[437].

En el caso de la gemehción monocigótica, el hecho eventual de la división no desmiente lo dicho acerca de la continuidad de desanollo del embrión, sino que más bien lo corrobora. Efectivamente, el momento de la división prevé la intervención de una causa que interfiere en el proyecto: es decir, no sobreviene en virtud del mecanismo evolutivo, sino contra él. Además, el resultado sigue siendo conforme al desarrollo descrito y ese desarrollo autoconstructivo y determinado se repite en cada una de las porciones divididas. La naturaleza de estas porciones de cigoto que se llegan a comportar como otros tantos cigotos es aún un proyecto humano (no una planta o un animal).

«...Supongamos que por un mecanismo cualquiera, espontáneo o inducido, una parte se separa de este sistema ya determinado en su desarrollo: una célula, si el sistema está constituido por dos; o pocas, o incluso muchas relativamente, si la separación se produce en estadios más avanzados; y que entre éstas, una o más células no han sufrido reducción de la totipotencialidad, persistiendo así en su capacidad de reanudar o proseguir el desarrollo iniciado: si el desarrollo se produce, lógicamente sólo se podrá afirmar que del primer sistema "se ha originado" otro sistema; éste puede ser semejante al primero o también diverso, como ya se ha demostrado en varios casos de gemelos monocigotos con diferente constitución cromosómica.

---

[436] SERRA, Embrione umano, scienza..., pp. 255-256.
[437] ID., Dalle nuove frontiere..., p. 82.

No se puede afirmar, en cambio, que el primer sistema se ha convertido, o incluía a otro sistema (...] El primero sigue siendo siempre el primer sistema, si se quiere modificado, como —por analogía exclusivamente explicativa— se modificaría un adulto al que se le amputaran los miembros; y sería segundo aquel que se originara del primero, aunque no se lograra reconocer su orden de sucesión en el tiempo. Y mientras el segundo inicia su propia existencia ontológica en el momento en que se separa, el primero continúa su desarrollo sin que pierda su propia identidad biológica y ontológica»[438].

Existe, finalmente, un límite dentro del cual incluso la causa accidental y externa pierde su eficacia: está tan determinada la orientación del proyecto, que la geme-lación es posible en el hombre, como máximo, hasta el final de la segunda semana.

---

[348]

Análoga dificultad aducen algunos basándose en el fenómeno de la hibridación: esto es, la posibilidad de que dos células fecundadas, en los primerísimos tiempos de fecundación, antes de la implantación o en la fase de implantación, si se sincronizan en cuanto a la fase de desarrollo y están cerca, puedan fundirse en un único cigoto que se comporta como una única célula totipotente y que da lugar al nacimiento de un solo individuo. De este hecho se pretende sacar como conclusión que no puede hablarse de una individuación completa y de una animación efectuada antes de la implantación, lo cual tendría mucha importancia para los embriones que se producen in vitro (y que no son implantados), respecto de los cuales se querría hacer valer no la definición de «personalidad con desarrollo potencial», sino de «personalidad potencial»[439].

Pero tampoco en este caso se puede negar que ta! circunstancia no refuta, sino que confirma el hecho de la existencia de un programa bien definido en cada una de las dos células fecundadas, programa que se desarrollaría de manera autónoma en cada una si no se perturba por alguna causa externa. Las causas externas pueden interrumpir incluso el desarrollo embrional, pero de esto no puede deducirse que el embrión no sea capaz de un desarrollo autónomo si se le deja vivir en condiciones normales.

El fenómeno de la hibridación, por otra parte,

«no es tan conocido como para basar en él una reflexión en profundidad; no obstante lo cual (...) hay que decir que, desafortunadamente, dejará de existir una individualidad. Tal vez

[438] ID., Quando comincia un essere umano..., pp. 102-103.
[439] MALHERBE, **L**'embryon est-il... pp. 19-31; MAHONEY, Ethics and Belief, Londres 1984.

deberíamos definir esto como un accidente; y la recombinación, como la muerte prematura de un gemelo»[440].

Pero esto no nos autoriza a diferir el inicio de la vida individual del que ha sobrevivido.

Por lo que se refiere a la nidación o implantación, es cierto que sin ésta la suerte que correría el embrión sería la de morir, lo mismo que sin alimento el bebé no podría sobrevivir después del nacimiento. Pero no es la nidación la que hace que el embrión sea embrión, de igual manera que no es la leche materna la que hace que el bebé sea bebé. En consecuencia, de ese hecho no se puede sacar en conclusión una individuación incompleta.

Finalmente, la afirmación de que sin un cerebro humano en funcionamiento, los órganos y los aparatos ya presentes en el embrión no pueden constituir un ser humano, tiene su significado y valor cuando el sujeto humano, llegado al término de su ciclo vital, cesa de vivir; pues entonces la muerte cerebral se considera como señal definitiva de que se ha cerrado este ciclo[441].

---

[349]

Pero la situación del embrión en desarrollo es diferente:

«[En este caso] se está en presencia no de la fase última de un proceso dinámico vital, cuando comienza la desintegración del individuo, sino que al contrario, estamos ante un proceso dinámico unitario y unificador de todas las partes que, poco a poco, va desapareciendo: es el sujeto humano en desarrollo el que, por la ley ontogenética, exige una gradual diferenciación y, por tanto, también la formación gradual de las estructuras cerebrales. Gradualidad que no induce saltos de calidad, sino sólo enriquecimiento de expresión de las potencialidades ya inscritas en el cigoto»[442].

«En conclusión, el recién concebido tiene su propia realidad biológica bien determinada: es un individuo totalmente humano en desarrollo, que autónomamente, momento a momento y sin discontinuidad alguna, construye su propia forma ejecutando, por actividad intrínseca, un designio proyectado y programado en su mismo genoma»[443].

Llegados a este punto, desearía hacer una ulterior consideración referente a una problemática más amplia, la del origen de la vida. Desde el punto de vista científico no se puede negar que en la formación del recién concebido —desde el primer instante de la fertilización hasta el nacimiento, y en todo el proceso de crecimiento y de sucesivo

[440] Di MENNA R., Umanizzazíone ed animazione del concepito umano, en AA.VV., Scienza ed origine della vita, Roma 1980, p. 55.
[441] SERRA, Embrione umano, scienza..., p. 256.
[442] Ibidem.

[443] ID., Il neoconcepito alia luce..., p. 130.

desarrollo— actúa un determinismo orientado hacia una finalidad proyectada.

El determinismo que se revela desde las primeras fases está orientado hacia un proyecto con una finalidad muy precisa: determinismo y finalismo se tocan y se condicionan.

Entonces, ¿cómo es posible hablar de «azar y necesidad» como explicación de los fenómenos vitales en general y de los humanos en particular? La casualidad se verifica cuando hay muchas posibilidades de algo, y la necesidad no puede surgir de la casualidad, porque esto es contradictorio. Vemos que aquí nada es casual, nada se deja a múltiples eventualidades[444]. ¿No es más lógico pensar en la explicación creacionista —la única plausible, por lo demás—, según la cual el proyecto es el reflejo de "una mente que ordena y causa los procesos biológicos?

Pero este problema habrá que tratarlo ampliamente a un nivel más general referido no sólo a la ontogénesis, sino también a la filogénesis.

No obstante, lo referimos aquí porque el horizonte de la reflexión filosófica propio de la bioética no puede limitarse a la descripción del fenómeno en sus mecanismos, sino que debemos plantearnos también las dos preguntas que se expresan de una misma forma, los porqués: el porqué de tipo causal (y de qué causa productora, de qué agente); y el porqué de sentido finalista (esto es, hacia qué proyecto y con qué finalidad).

---

[350]

Son preguntas que sobrepasan las fronteras del puro hecho físico porque son interrogantes de orden metafísico. Surgen del interior del hecho físico **y** no son aleatorias ni eludibles.

Para resumir el razonamiento sobre el estatuto y la génesis del recién concebido desde un punto de vista genético, me serviría de una comparación que en cierta forma adopto tomándola de la citada contribución de A. Serra.

Imaginemos que tenemos que construir una casa: se requiere un arquitecto que haga el proyecto, un constructor que esté al frente de la realización, unos obreros que lo ejecuten y material para hacerlo. En el cigoto estas diversas funciones —proyecto, regulación, construcción, materiales constructivos— se encuentran y se activan dentro de él. El cigoto es proyectista, empresario, ejecutor y constructor del material. Además, dado que en cuanto se ven los cimientos la casa revela ya todo el proyecto básico, así el cigoto convertido ya embrión manifiesta la estructura entera del individuo, mientras que la madre proporciona sólo el ambiente laboral necesario para construir el material.

[444] MONOD, El azar y la necesidad, Bruguera, Barcelona 1984.

La diferencia esencial está sólo en esto: en que el arquitecto, el empresario y los obreros construyen un objeto ajeno a su propia persona, mientras que el embrión se construye a sí mismo.

Este hecho y este proceso que venimos analizando constituyen un punto de comprobación científica que nadie puede negar y que debe ser tomado como un «dato» y no como una opinión.

Las proclamas de que «el embrión es parte del organismo materno»; que «el aborto provocado es como cualquier otra intervención», o que «la mujer tiene pleno derecho sobre su vientre», son una ofensa a la seriedad de la ciencia, más aún que a la moral.

Ei valor ontológico y ético del recién concebido

Cuanto hemos expuesto hasta ahora nos lleva a concluir que el embrión es un sujeto humano en desarrollo y que, por esto, merece el respeto que se debe a cualquier hombre. Se podría decir que el problema encierra ya en sí la solución ética, con la correspondiente respuesta a la pregunta sobre la licitud o ilicitud del aborto provocado.

En realidad, aun sin disminuir la relevancia de los datos aportados por la genética y la embriología, se impone igualmente, por diversas razones, la necesidad de una reflexión racional de tipo filosófico-ético.

En este campo nos moveremos analizando sucesivas preguntas de tipo filosófico, preguntas que no son puras suposiciones, sino que han sido formuladas en estos últimos años por los estudiosos del tema, muchas en el ámbito del debate político, cargado siempre de apriorismo y de emotividad.

---

[351]

La ley preventiva

Ante todo, tenemos una objeción, que llamaría de tipo diversivo, planteada a manera de coartada: la ley preventiva. Se dice: el aborto no debe ser tratado «en plan moralista», «en abstracto», sino en un sentido social y concreto. Lo que se discute no es el hecho en sí que todos consideran, o habrían de considerar —o que en cualquier caso, sería de la competencia de la conciencia moral y religiosa de cada uno—, sino la necesidad de encontrar una ley que regule una práctica que de hecho se realiza, y que es la del aborto clandestino.

El aborto clandestino es una explotación económica de la mujer en dificultades, que pone en peligro la salud y la vida de la mujer, y que para combatirlo no existiría otro medio que la reglamentación legal del aborto. Habría que pensar, entonces, en diversas soluciones «preventivas»: la legalización, la reglamentación o la liberalización; pero en cualquier caso, una ley es necesaria; y una ley que busque acabar con la plaga del aborto clandestino habría de considerarse como una ley positiva y moralizadora. En lo más candente de la polémica se ha llegado a afirmar incluso que la oposición a la ley sería una ideología que se quiere

imponer para proteger los intereses de una clase de explotadores (los médicos que practican abortos clandestinos), o bien que busca obtener consensos partidistas sobre problemas que competen exclusivamente a la conciencia personal e individual. Por esto, la batalla en pro de la ley se convertía en una batalla a favor de de la libertad de conciencia, en lucha por los derechos civiles, en reivindicación de la libertad individual frente a un Estado de tipo medieval. Las proclamas en este campo se acumularon, añadiéndose a la falta de una reflexión tranquila y objetiva. Otros se expresaron con mayor cautela, apelando al «mal menor»: la legalización sería un mal menor respecto de la difusión de los abortos clandestinos.

Tratemos de responder racionalmente. Dejemos a un lado por el momento el hecho de que tras este tipo de razonamiento se ocultaba, y se sigue ocultando a menudo, la presunción teórica de que «el feto, o embrión, es una parte del organismo de la mujer» (« ¡el vientre es mío!») y que, por eso, la mujer tiene el derecho de decidir si acepta su desarrollo o lo interrumpe. Desde este punto de vista la posición radical es mucho más clara y sincera, aunque sea ilícita. Mientras tanto, hay que notar que, por lo que al caso italiano se refiere, lo complejo del razonamiento distorsionaba incluso los datos mismos de la estadística en dos puntos: la evaluación numérica de los abortos clandestinos en el periodo anterior a la ley, y la valoración en términos objetivos de la capacidad de la ley para eliminar el aborto clandestino[445].

---

[352]

También a nivel europeo se ha comprobado que la ley no elimina al aborto ilegal sino que, en ocasiones, lo incrementa; y se entiende también el motivo, o la serie de motivos, de tal hecho: la clandestinidad no depende sólo ni primariamente del temor al castigo infligido por el Estado, sino de razones de secreto familiar y social que la ley no puede proteger; se trata de concepciones debidas a adulterio o de embarazos de muchachas solteras y muy jovencitas. Además, una vez admitido por la ley que una persona puede eliminar al feto a la luz del sol, no se entiende ya por qué no se pueda hacer lo mismo en lo secreto de un consultorio o de una casa, siempre que se deje a un lado el valor moral.

Finalmente, la ley impone formalidades y restricciones que no siempre coinciden con el interés inmediato de la mujer o de la pareja (los términos de tiempo, el registro, a veces la consulta del compañero...). Pero incluso admitido y concedido que la ley sirviera para encauzar los

[445] Sobre la evaluación de los abortos clandestinos en Italia antes de la ley, hizo época la investigación de COLOMBO, *La diffussione degli aborti...*, que calculaba la cifra en 200,000/300,000 como máximo contra las cifras dadas en el Parlamento de 1'000,000 o incluso 2'000,000. Sobre la continuidad de los abortos clandestinos después de la ley, teniendo presente que es difícil hacer un cómputo preciso, algunos cálculos «Pólice Coliege Magazine» para 1991 los cuantificaban en 60,000 contra los 100,000 de 1993, con una reducción del 40 por ciento.

abortos clandestinos, transfiriéndolos al plano de lo legal, no se derivaría de ello un juicio de licitud, porque no es la ley la que hace que una cosa sea moralmente lícita; en todo caso, la ley supone la moralidad de un acto, pero no la constituye. Más aún, cuando una ley aprueba una conducta moralmente ilícita se convierte, por eso mismo, en una ley negativa que pervierte el juicio ético, especialmente en un hecho de valor primario como es la vida.

Pongamos el ejemplo del hurto o de la violencia. Nadie aprobaría un razonamiento de este tipo: puesto que el robo va en aumento (fraude fiscal, hurto con violencia, extorsión, secuestro, etcétera), legalícese el hecho y el hurto desaparecerá. El robo no dejaría de ser robo si fuera aprobado por la ley, ni la violencia dejaría de ser tal; por el contrario, sobrevendría la subversión del orden social. El positivismo jurídico revela aquí sus límites y contradicciones.

La decadencia moral aumenta con el laxismo y el permisivismo legal, especialmente cuando este permisivismo se lleva a cabo con menoscabo de un valor fundamental como es el de la vida humana. ¿Qué ley seguiría siendo digna de aprecio y estima si no sirviera para defender ¡a vida de quien no puede defenderse? La función misma de la ley, y por esto del Estado, se ve minada cuando se considera legal a un hecho ilícito de este tipo: cesa su función pedagógica, cesa el motivo por el que la ley existe.

Una cosa es que algo se haga contra la ley, y otra que se haga con su consentimiento: ya no es cuestión de números, sino de calidad ética y.de función social de la ley.

En cualquier caso, y por todo lo que venimos diciendo, el problema moral —el saber si el aborto es ético o no— en sí y objetivamente, seguiría existiendo siempre

---

[353]

y en cualquier situación legal, porque la ley permite a menudo el aborto. Pero esta hipótesis recae aún más pesadamente sobre la conciencia: será siempre una decisión grave del sujeto usufructuar la ley y sus permisivismos o bien, a pesar da las facilidades, mantenerse fiel al compromiso moral. Diría más bien que, al problema ético del individuo que se encuentra en una situación difícil, se añade el problema ético-social que consiste en saber si la ley misma es lícita o no, si el médico la debe o no observar, como veremos mejor a propósito de la objeción de conciencia.

Y si reflexionamos, luego, en que la vida del que va a nacer no es un bien privado, sino social, como la vida de cualquier hombre, entonces el problema moral se amplía a la fundamentación y la validez de una ley que se sustraería a sus cometidos primarios, como son los inherentes a la defensa y a la promoción de la vida de todo ser humano, especialmente si está indefenso. La misma ley italiana 194/78 sobre la interrupción voluntaria del embarazo ha tenido que reconocer este hecho,

proclamando en el primer artículo la defensa de la vida naciente como fin de la ley misma, aunque luego en los artículos siguientes desmienta ampliamente tal propósito.

El momento de la animación

La cuestión de la animación mediata o sucesiva fue planteada por algunos Padres de la Iglesia para combatir el llamado «traducianismo» propuesto por Tertuliano, el cual, para explicar la transmisión del pecado original, suponía que no sólo el cuerpo, sino también el alma era transmitida por los padres[446]; para rechazar esta tesis teológica otros Padres, y más tarde Santo Tomás de Aquino, propusieron ¡a teoría de la animación sucesiva.

Esta teoría afirma que el alma, aunque esté destinada a unirse sustancialmente con el cuerpo, tiene ontológicamente un origen diverso y es creada directamente por Dios. Además, la hipótesis tomista suponía que para la infusión del alma se necesitaba una cierta organización del cuerpo, una ««forma», al ser el alma forma del cuerpo. Santo Tomás suponía que al inicio de la fecundación habría un alma vegetal y animal. El problema cronológico adoptaba así una relevancia ontológica[447].

El periodo de la infusión del alma se situaba hasta el 30² ó 40ᵉ día, en analogía con las prescripciones bíblicas sobre la purificación de la mujer después del parto. Hay que añadir de inmediato que no todos los Padres de la Iglesia pensaron lo mismo, especialmente los Padres griegos, y en particular san Gregorio Nacianceno,

---

[354]

el cual secundado por otros como san Máximo, afirmaba la animación desde el primer instante[448]. Hay, en cambio, una actitud constante tanto de enseñanza como de disposiciones canónicas (éstas sancionaban incluso penas gravísimas) que expresa la ilicitud del aborto en cualquier caso: el aborto seguía siendo pecado, más aún un crimen, en cualquier instante que se llevara a cabo; la duda, en todo caso, se refería a la calificación del crimen: si había que definirlo como homicidio simple y sencillamente, o bien simplemente como un delito específico contra la vida[449], y a esta cuestión iba ligada una diferencia de penas canónicas, pero no el juicio sobre su ilicitud.

---

[446] TERTULIANO, De anima, c. xix, PL n, 682; véase también FAGONE, // problema dell'inizio...

[447] STO. TOMÁS DE AQUINO, De potentia, m, a. ix, ad 12, 13, 15; De creaturis spiritualibus, ad 13.

[448] SAN MÁXIMO, De uariis difficillimis locís sanctorum Dyonisií et Gregorii seu ambiguorum liber
PG xa, 1335 a.

[449] En el volumen de FIORI, SGRECCIA (coord.), L'aborto. Riflessioni..., además del citado artículo de FAGONE, véase también SGRECCIA, L'insegnamento dei Padri...; HARING B., L'aborto e il momento della umanizzazione, en CONCETTI G. (coord.), Il

Hay que recordar, por lo demás, que respecto de la persona de Cristo Santo Tomás mismo afirmaba la simultaneidad de la Encarnación del Verbo con el momento de la concepción[450].

En realidad, aparte de las conquistas de la genética y de la embriología que han superado ya definitivamente cualquier hipótesis de sucesión discontinua en el desarrollo del embrión, hay que aclarar que la cuestión no aborda la ilicitud del acto abortivo en el plano ontològico y moral. Sin querer trivializar las cosas, no vale decir que quien roba un asno atado a una soga quiera excusarse diciendo que lo que en realidad tenía en la mano era sólo una cuerda y que él era ajeno al hecho de que la cuerda estuviera atada al burro. Lo que se suprime es ese valor fundamental que la definición de la vida humana requiere, esto es, lo que constituye la vida de un individuo; y quien lo hace sabe muy bien cómo se califica su intención: en el aborto provocado, el acto en sí y la intención se unen para impedir el nacimiento de una vida humana en proceso de desarrollo.

En último análisis, el factor cronológico no incide en el valor ontològico y, por consiguiente, tampoco en el ético; por lo menos no incide de modo sustancial y objetivo.

Para confirmar cuanto venimos diciendo, citemos las palabras de la Instrucción:

«Ciertamente ningún dato experimental es por sí suficiente para reconocer un alma espiritual; sin embargo, los conocimientos científicos sobre el embrión humano ofrecen una indicación preciosa para discernir racionalmente una presencia

---

[355]

personal desde este primer surgir de la vida humana: ¿cómo un individuo humano podría no ser persona humana? El Magisterio no se ha comprometido expresamente con una afirmación de naturaleza filosófica, pero repite de modo constante la condena moral de cualquier tipo de aborto procurado. Esta enseñanza permanece inmutada y es inmutable»[451].

La conciencia autoconsciente

La tendencia a disminuir el estatuto biológico del embrión hasta el punto de no quererlo considerar un individuo humano sino a partir de algunos momentos arbitrariamente fijados, se asocia al intento de no considerarlo persona humana.

---

diritto alla vita, Roma 1981, pp. 23-41; CAPRILE, Non uccidere...

[450] Véase sobre este tema: PANGALLO M., Actu essendi tomistico e spiritualità dell'anima, «Medicina e Morale», 1986, 2, pp. 407-414; HEANEY S.J., Aquinas and the Presence of the Human Soul in the Early Embryo, «The Tornisi», 1992, 56, 1, pp. 19-48

[451] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. I, n. 1.

Ya hemos visto la respuesta que la Congregación para la Doctrina de la Fe daba en la Instrucción «Donum Vitae» en relación con la cuestión de la animación: ahora tratamos de analizar las otras motivaciones con base en las cuales algunos seres humanos serían persona cuando se les reconoce como tales por otros, y no desde el momento en que comienza a existir como individuo único e irrepetible.

Según algunos autores, el recién concebido no tendría aún una realidad y una dignidad humana: se trataría sólo de una realidad potencialmente humana o incluso de una pura posibilidad de humanidad, en cualquier caso no dotada todavía de una conciencia desarrollada[452].

Para otros, lo que debe resaltarse como elemento decisivo es el hecho de que este ser humano «potencial» tampoco estaría dotado de autoconciencia, esto es, no sería capaz de una actividad libre e intencional, y su existencia estaría subordinada a la capacidad de expresar el pensamiento y el lenguaje:

«Algo que no tiene conciencia autoconsciente —se dice— no puede darse cuenta de que se ha eliminado su devenir, y por esto tampoco puede sufrir si es eliminado: para sufrir por ello se requeriría que ese algo conceptualizara el valor, confrontándose con "la no-vida. Pero esta capacidad de reflexionar sobre sí, de confrontarse con la antítesis, de posición dialéctica del valor de la vida mediante la negación del valor de su opuesto, no pueden tenerla ni el embrión ni el feto; el primero no tien conciencia, el segundo tiene conciencia pero no autoconciencia; ¿por qué, pues, preocuparse si se les suprime?»[453].

Uno de los mayores defensores de esta teoría es H. T. Engelhardt, el cual, al no evidenciar en el embrión y en el feto esas características esenciales —según él— propias de la persona, es decir, la autoconciencia, la racionalidad y el sentido moral, sostiene que:

---

[356]

«no todos los seres humanos son personas. Los fetos, los infantes, los retrasados mentales graves y los que están en coma irreversible constituyen ejemplos de no-personas humanas. Tales entidades son miembros de la especie humana. No tienen estatuto, en sí y por sí, en la comunidad moral. No son participantes primarios en la empresa moral. Sólo las personas humanas tienen este estatuto»[454]

También P. Singer afirma que es persona quien posee autoconciencia, autocontrol, sentido del pasado, sentido del futuro, capacidad de entrar en relación con los otros, respeto por los demás, comunicación y curiosidad: por esto, si el valor de la vida depende del ser personal, hay que

---

[452]Véase lo que refiere BAUSOLA A., Premessa, en SGRECCIA (coord.), Il dono della vita..., pp. 45-49.

[453] Ibid., p. 46.

[454] ENGELHARDT JR., The Foundations of bioethics.

«rechazar la teoría según la cual la vida de los miembros de nuestra especie tiene más valor que la de los miembros de otras especies. Algunos seres pertenecientes a especies diversas de la nuestra son personas; algunos seres humanos no lo son. Ninguna valoración objetiva puede atribuir a la vida de seres humanos que no son personas mayor valor que a la vida de otras especies que lo son (por ejemplo, los monos antropomorfos). Por el contrario, tenemos razones muy fuertes para dar más valor a la vida de las personas que a la de las no-personas. Y así, parece que es más grave matar, por ejemplo, a un chimpancé que a un ser humano gravemente discapacitado, que no es una persona»[455].

El comportamiento y las relaciones constitutivas

Las corrientes filosóficas de tipo conductista, la sociología y la fenomenología coinciden en un punto: en negar la metafísica, o por lo menos, en afirmar su irrelevancia.

Partiendo de esta premisa, sostienen que el único criterio de reconocimiento de la personalidad o individualidad humana es el análisis de su conducta o comportamiento: se está en presencia de un sujeto humano si se comprueba un comportamiento humano. Puesto que en el caso del feto no es posible advertir un comportamiento humano, por lo menos hasta un cierto periodo, el único criterio que persiste como criterio «objetivo» lo constituye la actitud de la madre. Es a través de esta actitud materna como se podría comprobar la presencia de un nuevo sujeto humano. En otras palabras: este nuevo sujeto existe si existe la acogida por parte de la madre. Los sociólogos hablan de relación social: la personalidad existe si existe la relación social[456]. Aquí la relación social sería el consentimiento expreso de la madre o de los progenitores.

---

[357]

Es evidente que hay que hacer aquí dos observaciones. La primera, desde el punto de vista científico, procede del psicoanálisis, concretamente del de tipo freudiano: también el feto está en correlación social con la madre, almacenando en sus profundidades experiencias, sensaciones, rechazos, de manera que incluso la edad adulta sigue estando marcada por todo ello.

No es cierto, pues, que no se pueda captar relación intersubjetiva alguna entre el feto y la madre.

La segunda observación es de carácter psicofísico: desde los primeros días el embrión establece, a su modo, un diálogo con el

[455] SINGER, Practical ethics, p. 102.

[456] RAES J., A propos de l'auortement, «La Revue Nouvelle», 1971, p. 90; MURET S., La reflexión chrétienne et l'avortement, «La Revue Nouvelle», enero de 1973.

organismo materno, bloqueando la producción de hormonas, enviando mensajes a la hipófisis y al hipotálamo, a los ovarios y a la misma sede de implantación del óvulo fecundado y, poco a poco, va afectando a un conjunto de modificaciones en el organismo materno, el cual se ve obligado a «reconocer» la presencia de esta individualidad, prescindiendo del consentimiento consciente.

Pero más importante es la siguiente razón filosófica: no es la relación la que constituye la realidad del sujeto, sino que es la realidad del sujeto la que hace posible la relación interpersonal.

No podría haber una relación intersubjetiva si no existiese la realidad de los sujetos. Volviendo al principio tomista que dice operan sequitur esse (el actuar sigue al ser), se podría traducir con estas otras palabras: para entrar en relación hay que existir.

El concepto de relación así entendido constituye un absurdo, como absurdo fue el intento de eliminar todo principio metafísico de la realidad. Además, vale todo lo que decíamos antes: sería ilícito eliminar a ese ser que está encaminado a ser persona y a entrar en relación si se le deja subsistir y crecer.

El reconocimiento de la imagen humana

La percepción de la personalidad, dicen algunos psicólogos, depende del reconocimiento de la percepción de una imagen humana; pero cuando existen solamente un deseo o un rechazo, no hay reconocimiento de la personalidad. Cuando los padres imaginan al feto en forma de bebé constituyen una imagen ficticia.

El reconocimiento comienza cuando se da un nombre: «no hay nombre para lo que sigue siendo anónimo, hasta que la decisión humana no le ha dado ya alguno»[457].

---

[358]

En este enfoque ingenioso el problema se desplaza, pero no se resuelve: se trata precisamente de saber si los padres deben reconocer o no como vida humana al embrión, y no ya de hacer depender la vida humana de que se le reconozca.

Pero lo que se esconde tras este razonamiento es la premisa filosófica del relativismo: el objeto es constituido por el conocimiento; lo cual es la negación del valor objetivo del conocimiento. En este enfoque fenomenológico y subjetivista, ¿cómo podrían los padres reconocer como sujeto humano al embrión —en la hipótesis de la aceptación— si no lo fuera ya? Se trata, en definitiva, de una nueva formulación de la tesis precedente. Ante estas teorías hay que decir que ciertamente todo ser

[457] BEIRNAERT L, L'auortement est-il un infanticide?, «Etudes», 1970, noviembre, p. 520; FAGONE, Il problema dell'inizio..., p. 161.

humano entra en relación, pero hay que recordar también que es el ser el que constituye la relación y no al contrario.

Si en clase los alumnos y el maestro entran en una relación recíproca, es porque existen, ¡no porque su existencia dependa de la relación escolar! Aunque, naturalmente, esto no quiere objetar el hecho de que toda persona vive y crece inmersa entre relaciones, y que de éstas se nutre para su desenvolvimiento y enriquecimiento.

Más aún, podemos añadir que la relación social no tiene sólo un valor pedagógico y cultural, sino que está inscrita en la ontología de la persona como coe-sencial a ella misma: es lo que Heidegger llama **Mitsein** (ser con), Jaspers «comunicación» y Marcel, el existencialista cristiano, «comunión». Lo que se quiere aclarar es que la existencia personal es la que exige la apertura social y la fundamenta, y no, por el contrario, que la relación es la que hace existir a las personas en su objetividad. Retorna siempre esa premisa ontológica y objetiva que es condición para que se dé la realidad psicológica.

En este campo también se ha establecido una distinción entre «ser humano» y «ser humanizado», distinción introducida con el fin de encontrar un espacio a la licitud del aborto.

«Por nuestra parte, pensamos que hay que distinguir entre vida humana y vida humanizada [...] La relación de conocimiento revela, si no es que instaura, el carácter plenamente humano del ser en gestación. En otras palabras, como el ser humano no existe sin el cuerpo, de igual manera no se humaniza sin esta relación con los demás»[458].

V. Fagone hace notar acertadamente que tal afirmación es cierta si la relación tiene significado «revelador», pero es falsa si quiere decir que la relación tiene significado «constitutivo», como parece querer insinuar la tesis de los defensores de esta distinción.

---

[359]

Del mismo modo la afirmación de que «la humanidad es la que humaniza» —queriendo significar que es la actitud de aceptación de la madre la que confiere valor humano al embrión; por lo cual, si falta esta aceptación ía intervención de interrupción voluntaria del embarazo estaría «socialmente justificada»—, es una afirmación contradictoria y falsa. Si el embrión es ser humano aun antes de la «humanización», no se ve cómo puede justificarse su supresión; si no es humano, entonces que se nos diga lo que es, y cómo puede ser humanizado por una simple actitud psicológica de la madre. También aquí hay que repetir que es ¡a ontología la que condiciona a la psicología, y no al contrario.

[458] RIBES B., Pour une réforme de la législation française relative à l'avortement, «Études», 1973, enero, p. 69. Véase también FAGONE, // problema del inizio..., pp. 164-165.

Otra distinción capciosa, de inspiración semejante, es la que se introduce con el concepto de «calidad de la vida»: el derecho a la vida estaría vinculado a la «calidad de la vida», es decir a su posibilidad de desarrollo normal. Es una distinción de tipo «selectivo» que busca justificar la supresión del embrión afectado de anomalías o en el que se puede prever algún tipo de discapacidad, o que incluso por razones extrínsecas va a ver impedido su desarrollo humano (razones económicas de la familia, trastornos psíquicos de la pareja, etcétera).

Se introduce aquí incluso un principio racista que, si se transfiriera también a los sujetos recién nacidos o adultos, podría llevar a las peores consecuencias. Pero, además, se establece una relativización ontológica y moral de la vida humana: ésta no tendría ya valor trascendente en sí, sino que el valor dependería del mayor o menor bienestar físico o, incluso, de la evaluación ajena.

La intención de procrear o bien el aborto anticonceptivo

El razonamiento de los defensores de esta tesis, que trata de legitimar el aborto voluntario cuando la concepción se ha efectuado contra o sin la voluntad de los cónyuges, o por io menos de uno de ellos, es el siguiente: es lícito y legítimo que los cónyuges decidan libremente sobre el nacimiento de los hijos; es igualmente lícito y obligado que eilos expresen su amor en el acto conyugal incluso en ios periodos en que no se pretenda dar vida a un nuevo hijo. Para impedir la concepción hay diversos métodos anticonceptivos (sobre ios cuales ios autores de referencia establecen sólo una diferencia de eficacia y no de valor moral). Si tales métodos fallan y como consecuencia sobreviene una concepción no deseada y no querida, como falta la voluntad de procrear, se puede interrumpir voluntariamente el embarazo no deseado[459].

En realidad, se está volviendo aquí sobre esa vinculación ya analizada: el derecho a la vida subordinado a la volúntelo de Ici madre. El derecho de no procrear,

---

[360]

que es un derecho verdadero dentro de ciertos límites, puede legítimamente exigir un derecho igual —esto es, un derecho en el mismo plano de valores— de poner en acto las aptitudes técnica y moralmente apropiadas para no procrear, pero no puede sobrepasarse ni exigir la supresión de una vida ya concebida. De otra manera, se estaría legitimando también la supresión del recién nacido no deseado.

Por lo demás, hay que tener presente un hecho: las intenciones subjetivas no pueden dejar de tener en cuenta la estructura objetiva de los propios actos. Si yo doy a un amigo una bofetada y le tiro los dientes, no puedo salir diciendo que no era mi intención tirarle un diente para eximirme de una culpa y de una reparación, porque en el bofetón dado

[459] QUELQUEJEU B., La volante de procréer. Reflexión philosophique, «Lumiére et Vie», 1972, agosto-octubre p. 64.

existía objetivamente la posibilidad de hacer el daño inferido, prescindiendo de mi intención.

Así, al realizar un acto conyugal, se sabe que existe la estructura procreativa en el mismo gesto que se hace, por lo que la intencionalidad objetiva o los medios en sentido contrario no pueden anular la estructura objetiva del acto conyugal.

Pero el vicio más profundo del razonamiento citado estriba en una premisa filosófica que se remite a la filosofía historicista presente en las directrices de la antropología cultural.

En estos lineamientos de pensamiento se tiende a confundir el problema de la génesis de un hecho con la cuestión de su valor intrínseco. Me explico con un ejemplo trivial: si, vagando por el desierto, encuentro casualmente una piedra preciosa, no diré que es una cosa baladí sólo porque la he encontrado casualmente en un lugar árido y arenoso; pues, cualquiera que sea el modo y el lugar del hallazgo, valoraré la piedra preciosa por lo que vale en sí, por lo que tiene dentro de sí.

El recién concebido ha de ser considerado en su valor humano e individual, cualquiera que sea el modo como ha sido concebido: hay hijos concebidos fuera del matrimonio, como consecuencia de una aventura impensada o de una traición; como los hay concebidos dentro del matrimonio en una forma y unos momentos en que los cónyuges no preveían la concepción. Pero el recién concebido ha de ser valorado en sí, y no quedar relativizado a la voluntad ajena.

Esta cantilena por la que se quiere hacer depender el valor de la vida de la voluntad ajena, aunque sea la de los padres, es sumamente peligrosa y, si se extendiera a la sociedad en su conjunto, se volvería simplemente monstruosa. El valor ontológico de una individualidad no puede depender de factores externos a ella.

Conclusión filosófica: lo biológico y lo humano

A estas alturas sólo nos queda sacar la conclusión: qué valor hay que atribuir al embrión-feto, que en un proceso continuo, programado desde dentro y autónomo, llega al nacimiento como una nueva individualidad humana y al desarrollo de la

---

[361]

personalidad humana. La conclusión que se impone a tenor de la filosofía realista y personalista es sólo una: el embrión tiene el valor propio de la persona humana. Dicho en sentido negativo: el aborto voluntario es un delito contra la vida personal, o mejor, contra la persona; es un homicidio en la realidad de los hechos, aun cuando no se advierta como tal subjetiva y psicológicamente, o el derecho no reconozca esta calificación externa. Las razones, ya expuestas, son dos: una de carácter biológico y otra de carácter filosófico.

1. Desde el punto de vista biológico, considerando el hecho del desarrollo programado, continuo, intrínsecamente autónomo, se deriva que desde el punto de vista corporal no hay una diferencia sustancial, sino sólo de desarrollo, entre el primer momento de la concepción y el momento del nacimiento.

2. Desde el punto de vista filosófico, o de los valores, se debe concluir que desde el momento de la concepción está ya presente ontológicamente todo el valor de la persona humana individual por una doble razón:

a)el vínculo entre cuerpo y alma es un lazo de unión sustancial y no accidental: el cuerpo es transcripción, epifanía, instrumento de la persona, y no simple vestido y accesorio. La persona es persona corporal, un Yo encarnado, y no sólo una entidad que tiene un cuerpo[460];

b)en el hombre, la personalidad coincide con el acto existencial que realiza a la naturaleza humana hecha de alma y cuerpo, de psique y físico; el acto existencial actúa en el momento mismo en que se actúa precisamente el nuevo ser. El que la manifestación de la realidad ontológica y existencial se produzca gradualmente y continúe durante toda la vida, no autoriza a pensar que el «después» no esté enraizado y causado por el «ya»: entre el «ya completo» y el «no todavía» desarrollado está el arco de la gestación y de la vida, pero no hay salto cualitativo, o mejor, ontológico: es el mismo acto existencial el que nutre el desarrollo, es el «Yo» el que está realmente presente y operante, aun cuando no tenga todavía la autoconciencia o el reconocimiento social[461].

La unidad de desarrollo y la unidad ontológica del ser humano en formación llevan a sacar la misma conclusión: estamos frente a una vida humana individual en estado de desarrollo.

---

[362]

Por tanto, el embrión humano —aunque se encuentre en una fase particular de su existencia en la que la forma humana, tal como nos inclinamos a pensarla comúnmente, no se ha expresado todavía—, no es una pura potencialidad sino más bien una sustancia viviente e individualizada: desde el momento de la fecundación es capaz de llevar hasta su madurez una corporeidad que sirva para expresar, como en una epifanía histórica y terrena, las grandezas inconmensurables del espíritu humano. De hecho el embrión humano es un ser en el que el principio

[460] A este propósito Juan Pablo **II** ha tenido ocasión de decir que: «Cada persona humana, en su singularidad absolutamente única, no está constituida solamente por su espíritu, sino por su cuerpo. De esta manera, en el cuerpo **y** por el cuerpo, se toca a la persona misma en su realidad concreta. Respetar la dignidad del hombre equivale en consecuencia a salvaguardar esta identidad del hombre que es "uno en cuerpo **y** alma", como dice el Concilio Vaticano **II»** (Discurso a la Asociación Médica Mundial).

[461] GEVAERT, La existencia corpórea del hombre, en El problema del hombre...

del desarrollo y del cambio está, como en todas las sustancias vivas, dentro de la sustancia misma. Resulta entonces equívoca la expresión según la cual el embrión humano es un hombre en potencia: el embrión es en potencia un niño, o un adulto, o un anciano, pero no es en potencia un individuo humano; éste lo es ya en acto.

La unidad sustancial inscrita en el óvulo fecundado revela en su desarrollo una continuidad sustancial, precisamente porque el principio del desarrollo y de! cambio está dentro de ia sustancia misma. Por consiguiente, no se puede pensar en existencias diversas y sucesivas del mismo embrión viviente, cosa que, por lo demás, concuerda plenamente con el dato de la experiencia y embriológico: al desarrollarse el mismo sujeto, mantiene en cada fase sucesiva la unidad ontológica con la fase precedente sin soluciones de continuidad.

Si esto es cierto, desde el punto de vista lógico y racional se debe concluir que ontológicamente hay una identidad en todo el recorrido del desarrollo de esa única individualidad, la cual, una vez nacida, es reconocida por todos como poseedora de la cualidad y dignidad de persona humana. E incluso si desde el punto de vista psicológico y social la persona se realiza como personalidad en un largo camino de intercambios relaciónales y culturales con el ambiente, su existencia ha de establecerse desde el momento en que comienza a existir su individualidad biológica: « ¿Cómo un individuo humano podría no ser persona humana?»[462]. Además, aunque en el embrión humano no se entrevean todas esas características que consideramos propias de una persona, hay que tener presente no obstante que el embrión tiene en sí como finalidad el ser esa persona. Y puesto que el fin no es sólo la conclusión de un recorrido o, como en este caso, de un desarrollo, sino que es lo que lo orienta y lo determina, se deduce de ello que ese cigoto humano que está destinado a convertirse en esa persona lo es ya desde el comienzo de su aparición.

La Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, aun cuando elude pronunciarse intencionada y abiertamente sobre teorías filosóficas en particular que conciernen a la definición de persona, y no desea retomar o definir el antiguo problema referente al momento de la infusión del alma; y aunque tampoco quiere entrar en discusiones con quien objeta de diferente manera el estatuto antropológico del embrión humano —que sin embargo

[363]

declara conocer—, afirma, en cambio, en esta intencional superioridad respecto de las disputas, que al embrión humano hay que respetarlo como persona desde el momento mismo de la concepción:

[462] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. **I, n.** 1.

«Ciertamente ningún dato experimental es por sí suficiente para reconocer un alma espiritual; sin embargo, los conocimientos científicos sobre el embrión humano ofrecen una valiosa indicación para discernir racionalmente una presencia personal desde este primer surgir de la vida humana [...] El Magisterio no se ha comprometido expresamente con una afirmación de naturaleza filosófica, pero repite de modo constante la condena moral de cualquier tipo de aborto procurado. Esta enseñanza permanece inmutada y es inmutable [...] El ser humano debe ser respetado y tratado como persona desde el instante de su concepción y, por eso, a partir de ese mismo momento se le deben reconocer los derechos de ¡a persona, principalmente el derecho inviolable de todo ser humano inocente a la vida»[463].

En el plano mora! esto quiere decir que la interrupción voluntaria del embarazo, incluso s] se actúa sobre un elemento biológico en formación, afficit personam, toca a la persona, por la unidad del compuesto humano. Como es la persona ia que es afectada cuando se inflige una herida por arma de fuego en el tórax o en ia sien, así es delito contra la persona la acción sobre el embrión aunque no sea visible todavía ni esté desarrollado.

Desde el punto de vista ético se pueden pasar por alto en cierto modo las discusiones filosóficas precedentes: basta con que se haya comprobado que el óvulo fecundado tiene una vinculación intrínseca y un destino intrínseco con eí ser personal en formación, para que se deba excluir cualquier acto de supresión y de daño.

En una palabra: aunque de hecho hubiera duda acerca de esa vinculación, la conciencia está obligada a abstenerse de cualquier acto de carácter supresor, así como hay que abstenerse de disparar una escopeta en un bosque si se percibe aunque sea con dubitación que se le puede dar no a una presa sino a una persona[464].

«Basta con que se dude sólo acerca de la identidad personal, fruto de la concepción, para estar moralmente obligados a adoptar un comportamiento más seguro, que evite por tanto cualquier peligro o riesgo respecto de la persona humana. La moral, en efecto, exige que nos abstengamos no sólo de un acto que seguramente es malo, sino de un acto que probablemente puede ser malo.

En realidad, actuar con dudas acerca del hecho de que en el fruto de la concepción hay o, no hay una persona humana, significa exponerse al riesgo de suprimir un ser humano, lo cual se configura en sí mismo como desorden moral»[465].

---

[364]

---

[463] Ibidem.

[464] Véase también CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre el aborto provocado...

[465] CENTRO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL SGDO. CORAZÓN, Identidad y estatuto...

El aborto «terapéutico»

El conflicto entre la vida de la madre y la vida del concebido

Tenemos que hacer de inmediato algunas observaciones y distinciones sobre este tema en especial.

Ante todo, hay que decir que la denominación con el adjetivo «terapéutico» es impropia, porque en realidad no se trata de una terapia. Ya hemos recordado cuáles son las condiciones para que se pueda hablar de principio terapéutico: una de ellas es que la intervención médico-quirúrgica busque directamente curar o eliminar la parte enferma del cuerpo. En este caso, en cambio, no se trata de actuar sobre una enfermedad, sino que más bien se piensa en la supresión del feto (sano) para evitar que se agrave la salud o el peligro de la vida de la madre. El paso no es desde la acción terapéutica sobre la enfermedad para alcanzar la salud, sino que más bien se configura una acción sobre lo que está sano (el feto), para prevenir una enfermedad o el peligro de muerte. A lo sumo, sería mejor hablar de interrupción del embarazo en presencia del peligro para la vida o **la** salud de la madre[466].

Hay que hacer una aclaración ulterior para comprender el llamado «aborto indirecto», que, en cambio, entraría en la acepción propiamente terapéutica: es el caso de cuando se extirpa un tumor uterino, lo cual comporta indirectamente la muerte del feto. Hoy ya no se emplea esta distinción y el problema ni siquiera se plantea éticamente; mientras que en ocasiones se utiliza «aborto indirecto» para indicar el aborto «terapéutico» del que vamos a hablar, que es una cuestión muy distinta tanto desde el punto de vista ético como médico.

Notable importancia reviste, después, la acepción y la extensión que se pretende dar a la expresión «aborto terapéutico» no sólo en la literatura médica, sino también en las legislaciones más recientes.

Siguiendo a A. Bompiani[467] podemos hacer las siguientes distinciones:

1. Se propone el aborto «terapéutico» como único medio para salvar la vida de la madre, porque la continuación del embarazo representaría con certeza moral la causa de la muerte de la madre. Esta hipótesis puede dar lugar a dos situaciones:

a) que la prosecución del embarazo comporte la muerte segura de ambos;

b) que la prosecución del embarazo comporte con seguridad la muerte de la madre, pero con la esperanza de salvar al hijo.

---

[365]

[466] HARING, Libertad y fidelidad..., vol. m.

[467] BOMPIANI A., Indicazioni dell'aborto «terapéutico»: stato attuale del problema, en FIORI, SGRECOA (coord.), L'aborto. Riflessioni..., pp. 191-215.

2. Se propone el aborto «terapéutico» para salvaguardar la salud de ¡a madre. También esta hipótesis ha de leerse de hecho en función de distintas situaciones:

a) se configura la eventualidad de que la prosecución del embarazo represente un riesgo mortal para la vida de la madre, más aún que un daño a la salud;

b) se configura la hipótesis de que la prosecución del embarazo implique un agravamiento permanente de la salud de la madre. Los confines se di-fuminan y las previsiones son difíciles o casi imposibles de hacer, especialmente si por salud no se entiende sólo la dimensión orgánica, sino también la psicológica o psíquica;

c) se configura simplemente una afectación de la salud en general, entendida como «estado de completo bienestar físico, psicológico y emocional»;

d) se consideran como incidencias sanitarias las repercusiones psicológicas derivadas del previsible empeoramiento de las condiciones económicas, por el hecho de que se trata de una concepción no deseada, o por el temor o la previsión de un feto con defectos o malformaciones.

Se configuran aquí hipótesis con las que, con el nombre de «aborto terapéutico», se incluyen los casos del aborto eugenésico (malformación o enfermedad del feto), de la motivación anticonceptiva (hijo no deseado) y de las motivaciones socioeconómicas. Hay que reconocer que la gradual ampliación del término ha sido fomentada, por encima de las llamadas «indicaciones médicas», por motivos a menudo políticos para incluir en la denominación de «terapéutica» y bajo el aspecto de «reglamentación» del aborto toda la casuística de la instancia anticonceptiva y de la «liberalización».

El texto de la ley italiana 194/78 reza en su art. 4 de la manera siguiente:

«Para la interrupción voluntaria del embarazo dentro de los primeros noventa días, la mujer que acuse circunstancias por las cuales la prosecución del embarazo, el parto o la maternidad comporte un serio peligro para la salud física o psíquica, en relación con su estado de salud, o de sus condiciones económicas, o sociales o familiares, o con las circunstancias en que se ha efectuado la concepción, o como prevención por las anormalidades o malformaciones del concebido, se dirige a un consultorio publico (establecido a tenor del art. 2, letra a, de la ley 29 de julio de 1975, n. 405) o a una estructura socio-sanitaria habilitada para ello por la Región, o a un médico de su confianza».

Se puede comprobar la amplitud de las llamadas «indicaciones» que abarcan todo tipo de motivación socio-económica, y que la formulación misma del «peligro serio» no permite una interpretación de tipo sanitario ni de tipo jurídico.

[366]

Prácticamente se pasa del aborto «terapéutico» al aborto concebido como «medio de control de los nacimientos», motivación excluida por la ley misma en el art. 1, pero vuelta a introducir prácticamente en el art. 4, La historia de la aplicación de esta ley ha confirmado esta interpretación subrepticia y extensiva.

Después de los noventa días, veamos qué dice el art. 6 de la citada ley italiana:

«La interrupción voluntaria del embarazo, después de los primeros noventa días, puede ser practicada:

a) cuando e! embarazo o el parto comporten un grave peligro para la vida de la mujer;

b) cuando se hayan advertido procesos patológicos, entre ellos ios relati-vos a anomalías relevantes o malformaciones del que va a nacer, que determinen un grave peligro para la salud física o psíquica de la mujer».

Las «indicaciones» para el aborto terapéutico

Sobre la consistencia y relevancia de las indicaciones médicas, para limitarnos solamente a esta parte del tema, hemos de hacer algunas otras observaciones:

o.) ante todo, se presentan de hecho condiciones orgánicas que complican el embarazo, o en las cuales e.l embarazo hace que ¡a salud se agrave; condiciones que, de todos modos, son cada vez más controlables y susceptibles de ser compensadas con una asistencia adecuada.

Los avances ds la medicina y de ia asistencia médica reducen cada vez más los riesgos para la vida y la salud de la madre. Está claro que en estos casos está justificada la interrupción, aunque sólo desde un punto de viste! médico-cleontológico;

b) se dan, luego, condiciones de salud que comúnmente se toman en consideración para la interrupción voluntaria de! embarazo, en las cuales, sin embargo, la interrupción del embarazo pesa aún más negativamente respecto de la salud, que la continuación; o en las que, en todo caso, la interrupción no acarrearía una mejoría sustancial. También aquí se ve claro que la interrupción no se justifica médicamente;

c) finalmente, se dan condiciones en las que el agravamiento es real, pero puede ser afrontado con métodos terapéuticos diversos déla interrupción (la diálisis periódica, en los embarazos afectados de insuficiencia renal grave; la cardiocirugía, en mujeres con defectos cardiacos).

No se necesita decir mucho para comprender cómo en estos casos la verdadera terapia, la única terapia lícita, es la que elimina directamente la enfermedad sin perjudicar la vida del feto.

[367]

Sin entrar a discutir las llamadas indicaciones socio-económicas —que, aunque reales, no pueden ser confrontadas con la vida del que va a nacer—, habría que revisar rigurosamente, ante todo a nivel médico y deon-tológico, la serie de las llamadas «indicaciones» sanitarias de la interrupción voluntaria del embarazo en las que la práctica existencial fundamenta dicha interrupción. A la luz de los avances de la ciencia y de la asistencia médica muchas de esas «indicaciones» han perdido su fuerza motivacional.

La tuberculosis, las cardiopatías, las enfermedades vasculares, las enfermedades del sistema hematopoyético (ciertas formas de anemia), las enfermedades renales, hepáticas y pancreáticas, las enfermedades gastrointestinales, el corea gravídico, la miastenia gravis, los tumores (excepto los del aparato genital), son todas enfermedades que se señalan como motivación de las «indicaciones». Pero un estudio cuidadoso de cada una de ellas, a la luz de cuanto hemos dicho antes, lleva a concluir en una fuerte reducción de la fundamentación médica de tales «indicaciones» y en una gradual y fuerte reducción de los casos en que, a falta de alternativas terapéuticas, persiste un riesgo cierto para la vida o para la salud de la madre.

A este propósito, me permito citar literalmente las conclusiones a las que llega A. Bompiani:

«Entendido como acto capaz de sustraer a la paciente a un peligro de muerte inminente y como intervención terapéutica insustituible para lograr esta finalidad, el aborto terapéutico ha perdido realmente mucho terreno y no encuentra un lugar lógiccTentre los modernos criterios asistenciales. Por el contrario, en muchas circunstancias agudas, se ha revelado más perjudicial que útil precisamente por el estado de "descompensación" materna»[468].

La evaluación ética a propósito del aborto terapéutico

Debemos reconocer, o por lo menos suponer, que pueden presentarse casos en los que el embarazo podría constituir una circunstancia de agravamiento:

a) las condiciones socio-económicas, con repercusiones en el estado de salud psíquica de la paciente;

b) las condiciones de salud física que comportan un permanente empeoramiento de las mismas;

c) un estado de auténtico peligro para la vida de la madre hasta el punto de que, en la hipótesis más grave, se debiera escoger entre la vida de la madre y la pérdida de madre e hijo.

---

[468] Ibi, p. 214.

[368]

Las indicaciones de carácter ético-racional deberán orientarse según los siguientes lineamientos de pensamiento y de acción, de conformidad con una visión personalista del hombre.

1. Hay que partir del hecho y del principio ético fundamental: la persona humana es el valor máximo en el mundo y trasciende cualquier otro bien temporal y cualquier consideración económica[469]. Por tanto, las autoridades públicas y la comunidad deben tomar en consideración las razones que se refieren a las motivaciones económicas en el sentido de que hay que adecuar la economía a la persona y no sacrificar la persona a la economía. Esto es más cierto aún si se tiene presente que la vida de cada individuo no es sólo un bien personal inalienable, sino también un bien social y de todos; por tanto, la sociedad tiene la obligación de defenderla y promoverla.

2. Tampoco se puede subordinar al motivo llamado «social» (número de hijos, compromisos educativos, etcétera) el valor de la vida personal, ni siquiera de una persona en particular.

La persona está antes, ontológica y axiológicamente, que la sociedad, porque la sociedad tiene su origen en las personas, y su fundamento, en completar y ayudar al crecimiento de cada una de las personas. La sociedad es, por consiguiente, para la persona y de la persona. Así pues, tampoco el llamado principio del «equilibrio» de los valores tiene consistencia desde el punto de vista ético, cuando se pretende aplicar a la justificación social del aborto. No es el equilibrio lo que hay que buscar, sino la armonía y subordinación de los valores sociales respecto de la persona humana. Está en juego aquí la filosofía del derecho además de la que concierne a la medicina. Y no es tampoco viable el parangón mismo entre una persona en particular y la sociedad en su conjunto, porque el valor-persona no es numérico y cuantitativo, sino ontológico y cualitativo. Por esta razón, quien autoriza el dar muerte directamente a una persona inocente lesiona al valor en que se funda toda la sociedad y cada una de las personas[470].

---

[469] Partiendo de esta premisa, la Iglesia católica ha defendido siempre la inviolabilidad de la vida humana. A este respecto Pío XII afirmaba que: «...no hay hombre alguno, ninguna autoridad humana, ninguna ciencia, ninguna "indicación médica", eugenésica, social, económica, moral, que pueda exhibir o dar un título jurídico válido para una directa posición deliberada sobre una vida humana inocente, es decir, una disposición que busque su destrucción, sea como finalidad, sea como medio para otro fin en sí tal vez en modo alguno ilícito» (Ro XII, A las congresistas de la Unión Católica Italiana de Comadronas (29. 10.1951), en Discorsi e Radiomessaggi, xm, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 211-221.

[470] No analizamos aquí el problema de la pena de muerte ni el del sacrificio de alguien en particular por la defensa de la comunidad; ni los casos en que no se da la supresión directa, o bien no se trata de una persona inocente. Pero en cualquier caso, también esta casuística habría que reconsiderarla éticamente para darle una interpretación diferente respecto del modelo histórico

[369]

3. Aunque la vida física, de la que aquí se trata, no represente la totalidad de los valores de la persona, representa el fundamento primero e indispensable de todos los demás valores personales.

Por esto la supresión de la vida física del que va a nacer mediante el aborto, aunque sea «terapéutico», equivale a la supresión total de todos los valores temporales que en la vida física se fundamentan necesariamente.

4. Aquí se está invocando abusivamente el principio «terapéutico», extrapolándolo, como ya dijimos, no sólo porque con mucha frecuencia no se analizan las posibles alternativas que existen a la supresión del feto, sino también porque la finalidad terapéutica es indirecta y pasa a través de la supresión de ese bien supremo que es la vida.

Por esto, en la confrontación entre salud de la madre y vida del feto, el parangón está desequilibrado y subvertido; y, en todo caso, la vida del que va a nacer no puede ser instrumentada en pro de la salud (bien secundario respecto de la vida) de la madre. También habría que tener presente que la maternidad en sí supone un riesgo, como cualquier otra tarea en la vida, para la propia salud.

5. La obligación ética de la sociedad, de la ciencia y de cada uno en particular, prevé que nos comprometamos a prevenir con medios legítimos y lícitos las situaciones de riesgo y de deterioro de la salud en las gestantes, para garantizar la mejor asistencia hospitalaria y tecnológica a las parturientas, esto es, para orientar la política sanitaria en apoyo de la vida, y no a suprimirla con tanta facilidad. La ciencia es para la vida, la sociedad es para la persona: este es el compromiso ético fundamental.

Los casos dramáticos

Puestas por delante todas estas premisas, también ante las evaluaciones científicas más rigurosas e incluso también ante las conciencias rectas y éticamente informadas, hay que admitir que se dan casos, aunque más limitados que los que las leyes abortistas prevén, en los que el conflicto entre la vida del que va a nacer y la supervivencia de la madre se plantea con un gran dramatismo humano, tanto para los padres, como para los profesionales de la medicina y los operadores de la asistencia médica.

De estos casos dramáticos es de los que nos vamos a ocupar ahora, poniendo atención al drama subjetivo, a la implicación personal y profesional del médico, cirujano o ginecólogo, y a la visión objetiva de los valores en cuestión y de la línea ética que se debe seguir.

Teóricamente —aunque quizás no sólo en teoría—, se pueden dar dos gradaciones en el caso de conflicto entre la vida de la madre y la vida del feto:

[370]

a) la continuación del embarazo no sólo causa la muerte de la madre, sino que tampoco salva al niño; mientras que, en cambio, el aborto provocado constituye la salvación de la madre;

b) la continuación del embarazo comporta la muerte de la madre, mientras se puede esperar salvar al niño.

Referiremos ante todo las posiciones éticas respecto del primer caso, porque es más complejo y grave y por sí mismo ilumina ya el segundo caso.

Algunos moralistas, incluso de extracción católica, han buscado en el primer caso motivaciones con intención de justificar el aborto a fin de salvar la vida de la madre —siempre en el caso de que la alternativa sea la pérdida de ambos—. Analicemos cada una de estas motivaciones.

1. El conflicto de los deberes. El médico tiene el deber de sostener la vida de la madre y lograr que el hijo nazca; cuando no puede cumplimentar ambas obligaciones, al estar el conflicto en las cosas y no en la voluntad de las personas, se opta por el deber más accesible[471]. Hay que hacer notar que aquí la opción pasa no ya a través de una asistencia prioritaria a la madre, de la que dependería involuntariamente la muerte del feto, sino que se opta por dar muerte, mediante una acción de supresión directa, al feto vivo. El mismo autor que propone esta tesis dice que esto sólo se puede llevar a cabo «con temor y temblor».

2. La calificación subordinada del feto ya condenado. No se puede llamar vida humana de pleno derecho al feto que está ya condenado a morir por sí mismo: se puede considerar al aborto en estos casos como una anticipación de la muerte, motivada, además, por la salvación de la madre[472].

No es difícil advertir una dificultad en esta tesis: el hecho de que el bebé esté condenado a morir por sí mismo no constituye razón suficiente para suprimirlo, porque no se puede parangonar la muerte natural con el matarlo directamente; de otro modo, se llegaría a justificar con este principio también cualquier acto de eutanasia.

3. La valoración global. Se considera que el problema asistencial madre-niño en peligro es un problema global, como global es también la actividad del médico responsable. Pero al ser imposible de lograr el éxito pleno y completo

---

[371]

[471] POUSSET E., Etre humain déjà, «Études», noviembre 1970, pp. 512-513. Véase también TETTAMANZI. Comunità cristiana..., pp. 298-299.

[472] TROBFONTAINES R., Faut-il légaliser Vauortement?, «Nouvelle Revue de Théologie», 103 (1971), p. 500.

en esta globalidad, se busca obtener el éxito posible[473]; esta directriz, por lo demás, se funda en el compromiso de proteger la vida, compromiso que está mejor garantizado al salvar la vida de la madre.

También esta solución se presta a ser criticada como empírica, porque en realidad no se trata de un hecho global si las vidas son dos; y el compromiso de defender la vida (de la madre) no autoriza a recurrir a un medio tan desproporcionado y anormal como es suprimir al feto; ni la intención de quien actúa (finis operantis, la finalidad del que actúa) puede prescindir de la objetividad real de la acción (finis operis, la finalidad de lo que se hace).

4. Aborto indirecto. Es conocido el principio de la acción de doble efecto, unobueno y otro malo: en estos casos es lícito llevar a cabo la acción buscando el efecto bueno, aunque indirectamente se derive un efecto negativo no deseado. Se aduce como confirmación la admisibilidad y licitud del aborto llamado indirecto cuando se trata de extirpar un tumor[474].

Pero tampoco en este caso se presentan las cosas del mismo modo, porque en el caso aquí considerado la acción directa es la supresión del feto y el efecto indirecto es la salvación de la madre. También aquí hay que aplicar el viejo precepto de que non sunt faciendo mala ut veniant bona (no hay que hacer cosas malas para que se obtengan cosas buenas), y tomarlo en consideración para que sean lícitos el fin y el medio.

4. Finalmente, otra motivación: el carácter no absoluto de la norma. El no matar no es una norma absoluta, porque siempre ha tenido excepciones que la justifican: la legítima defensa ante un injusto agresor, el sacrificio por el bien del prójimo, la pena de muerte[475]. Tampoco este razonamiento —nada nuevo, por lo demás— se puede aplicar a nuestro caso: porque aquí se trata de una vida inocente y no de un agresor injusto o de un culpable que, conociendo la pena de muerte, la transgrede conscientemente. Por otra parte, quien se sacrifica por el bien del prójimo, lo hace seriamente por un motivo superior, y hablando propiamente no es él el que mata, sino que son otros los que causan injustamente la muerte.

---

[372]
Conclusión

---

[473] DAVANZO G, L'aborto nella problematica etico-cristiana 1971, 38, pp. 550-551, presenta la hipótesis como punto de reflexión dubitativa.

[474] A. Günthor indica algunas condiciones para que sea lícito llevar a cabo una acción (o una omisión) que provoca también un efecto malo: «1. La acción debe ser en sí buena, o por lo menos moralmente indiferente; 2. Junto con el efecto malo hay también uno bueno, y la voluntad intenta directamente el efecto bueno, sin buscar el malo ni como medio ni como fin; 3. El efecto bueno no es obtenido a través del malo, sino que este último surge, a lo más, de la acción paralelamente al bueno; 4. El permitir el efecto malo resulta justificado por un motivo adecuado» (en Chiamata..., I, p. 531).

[475] PIDIER J.M., La Chiesa e l'aborto, «11 Regno attualità», 1973, 2, pp. 16-17.

Nuestra conclusión, de conformidad con la posición ética objetiva, es la siguiente:

a) Es deber del médico sostener la vida tanto de la madre como la del niño y proporcionar todos los medios terapéuticos para que ambos se salven. Entre estos medios no existe el de dar muerte directamente, que no es ni un acto médico ni un acto ético. La vida humana puede deteriorarse, y de hecho sucede así por muchas causas; pero la vida inocente no puede ser suprimida directamente por ninguna razón al ser un valor trascendente, ni directamente sacrificada en favor de otros aunque sea para salvar a alguien. Cuando se admiten derogaciones a este principio y se insinúan valoraciones del tipo de: «vida sin valor», «valor subordinado», «vida no plenamente humana», se está abriendo la puerta a la eutanasia y a cualquier otro procedimiento discriminatorio;

b) el caso a primera vista más simple es el de que se prevea que la madre va a morir si prosigue el embarazo, con la esperanza, no obstante, de que se va a salvar el hijo.

No se puede elegir salvar la vida de la madre actuando directamente para suprimir al hijo, porque nadie tiene el derecho de elegir sobre la vida ajena.

En este caso, se puede ciertamente intentar practicar una cesárea, que es una intervención normal, cuando hay esperanzas de salvar al hijo, en una mujer que está a las puertas de la muerte; pero, si es posible esperar hasta el momento de la muerte clínica con la utilización del respirador, se debe esperar a la muerte natural de la madre.

Es posible incluso que haya necesidad de mantener «en vida» artificialmente a una mujer embarazada con muerte cerebral, a fin de hacer que el feto llegue a una etapa de desarrollo que pueda permitirle una vida autónoma fuera del útero[476].

Sobre este punto la decisión de la Corte Constitucional (italiana) del 18 de febrero de 1975, n. 27, estableciendo la prioridad de la vida y de la salud de la madre, abrió la puerta a un procedimiento discriminatorio y a una disminución gradual de las defensas de la vida que acabó por relativizar la vida del feto en función de la voluntad ajena: el primer acto de relativización se llevó a cabo en favor de la vida materna; luego se usó el mismo criterio para salvaguardar la salud de la madre; después, de la salud psicológica, y finalmente por razones sociales.

---

[373]

Es tanta la implicación de la profesión médica, que ésta misma se vería re-lativizada no ya en función de la vida, sino también de la actividad directamente occisiva.

[476] Véase sobre el tema SPAGNOLO A.G., Morte cerebrale in donna grávida: é lecito il prolungamento della vita?, «Medicina e Morale» 1988, 6, pp. 985-987.

Y es ante esta implicación ético-deontológica cuando se plantea la instancia de la objeción de conciencia.

El aborto **eugenésico**

Esta expresión ya no se usa por dos motivos: porque evoca la ideología racista con la que de ningún modo se quiere ser comparado, y porque de hecho este tipo de «indicación» del aborto se reduce al aborto «terapéutico», en cuanto que la presencia del feto afectado por malformaciones o defectos implica una amenaza para la salud psíquica y el equilibrio social de la familia.

Pero en realidad el caso sigue siendo lo que es: se procede al aborto, a menudo incluso con autorización legal, para impedir el nacimiento de sujetos tarados, malformados o discapacitados, a fin de impedir, según se dice, que estos sujetos inicien una vida no humana, pero, sobre todo, para evitar una carga de sacrificios para las familias y para la sociedad. Aunque de inmediato se pretende distanciarse de la ideología racista en función de la finalidad: el racismo tenía por finalidad purificar la raza; la cultura actual, en cambio, tiene una motivación de carácter socio-económico e incluso hedonista.

Es con esta finalidad por lo que se han utilizado en ocasiones las técnicas del diagnóstico prenatal, activando también las políticas llamadas «preventivas» de planes sanitarios.

Desde el punto de vista ético, la presencia de una malformación o de una discapacidad no menoscaba la realidad ontológica del que va a nacer; por el contrario, en un sujeto humano la presencia de un estado de discapacidad —como una enfermedad— requiere con más razón, en nombre de la sociabilidad, de una mayor protección y ayuda.

Puesto que de este problema hemos hablado ya al tratar del diagnóstico prenatal, no nos detendremos en él. Debemos añadir solamente que, desde un punto de vista ético, en tales casos y en un plano general, se plantea la obligación de promover la investigación y el apoyo para prevenir la causa de tales deformaciones, y apoyar a las familias con medios adecuados cuando se produzca el nacimiento de estos sujetos que imponen indudables cargas humanas y económicas, a veces difíciles de soportar.

Una sociedad se califica por su capacidad para ayudar a los débiles y a los enfermos y no por su arrogancia al provocarles la muerte precoz.

---

[374]

La ley del aborto y la objeción de conciencia

El aborto representa un trauma no sólo para la mujer y para las familias, sino también en el campo del derecho y de las leyes; hasta tal punto que la ley que pretenda autorizar o liberalizar el aborto se verá

obligada a desmentirse y violentarse ella misma, renunciando a ser igual para todos en aquello que permite a los profesionales de la medicina.

El tema que estamos abordando no sólo interesa a la bioética, sino también a la filosofía del derecho, al derecho constitucional, al derecho penal y a la medicina legal, disciplina ésta que es la más directamente interesada en esta materia[477].

Lo que quisiéramos aclarar en este breve apartado se puede resumir en los siguientes puntos: cómo nace y se justifica el conflicto entre conciencia moral y ley humana; si existe la obligatoriedad ética de la objeción de conciencia por parte del médico y de cuantos son llamados a colaborar en la acción abortiva frente a la solicitud de aborto, y cuáles son la extensión y las complicaciones de la objeción de conciencia en esta materia.

La conciencia y sus instancias de libertad y verdad

Ante todo, tenemos que ponernos de acuerdo sobre el significado preciso y sobre la dinámica interior de la conciencia: ¿qué se quiere decir cuando se afirma «actuar según la conciencia»? ¿Y de qué conciencia se trata?

Debemos distinguir entre conciencia psicológica y conciencia moral; la primera es la conciencia de la acción humana cuando se está llevando a cabo, y es premisa indispensable para la segunda.

La conciencia moral es estar consciente del valor moral de esa acción; a su vez, este juicio moral es doble: comprende una evaluación anterior a la acción y una evaluación sucesiva, ante el hecho consumado; los dos momentos coinciden cuando el juicio precedente es asumido corrió norma y se le sigue; cuando la libertad no sigue al dictamen de la conciencia, entonces aparece el contraste.

Pero el problema más importante estriba en responder a la pregunta: ¿por qué se habría de «seguir la conciencia», y no actuar «contra la conciencia» y, así, vincular la conciencia con la misma libertad humana? ¿Qué es lo que vincula a la conciencia desde dentro?

La conciencia es el juicio racional, más o menos sistemático o intuitivo, sobre el valor de una determinada acción. Este valor moral se funda, por otro lado, en la verdad ontológica: en otras palabras, la verdad objetiva vincula a la razón, y la razón vincula a la conciencia. En nuestro caso —esto es, en el juicio sobre la licitud

---

[375]

del aborto—, la verdad objetiva está representada por el valor-hombre, que es el máximo de los valores temporales y trasciende incluso a la misma temporalidad. Si el juicio de la razón es recto y sincero, y si

[477] Flora A., SGRECCIA E. (Coord.), Obiezione di coscienza e aborto Mitón 1978, p. 160.

además es cierto (es decir, sin elementos de dubitación subjetiva), crea la instancia ética del «no matar» a una vida inocente.

Digamos, entre paréntesis, que esta adhesión de la razón a la verdad, esta consiguiente adhesión de la voluntad a la razón, parecen inducir algo coercitivo; pero en realidad esa adhesión es liberadora, porque hace que la libertad humana dependa únicamente de la propia conciencia y la libere de todo riesgo de manipulación externa o de conformismos sociales o ideológicos.

Algunos moralistas hacen notar que en el juicio de conciencia el hombre se trasciende a sí mismo, o mejor dicho, advierte un valor que lo trasciende y lo compromete; en definitiva, ese juicio implica la presencia de una garantía de absolutidad dentro de la realidad que va a coincidir con lo absoluto.

Ciertamente, la afirmación del Absoluto, Dios, que es racionalmente postulado incluso a nivel teórico, comporta una garantía más clara, especialmente si está iluminada por una fe revelada.

Es a este sentido al que se refiere la primera «objeción de conciencia» que los Apóstoles presentaron delante del Sanedrín: «Es necesario obedecer a Dios antes que a los hombres».

Sin embargo, no considero que sea necesaria en sí una visión de fe para advertir lo inaceptable que resultan ciertas situaciones negativas para la dignidad del hombre; siempre ha habido conciencias laicas que en defensa de la libertad, para protestar ante el poder opresor o contra situaciones de violencia, han elevado su protesta de conciencia, pagándolo incluso con la vida. Y, por lo demás, también frente a la conciencia laica y racional el matar a un inocente y el intento de la ley de instrumentalizar la profesión médica son razones más que suficientes para hacer no sólo posible sino también obligatoria la protesta de la conciencia[478].

Normatividad de la ley y vínculo de la conciencia

«La ley humana es la determinación y la expresión de la autoridad legítima de algunas exigencias del bien común de una determinada sociedad, en un momento histórico determinado»[479].

---

[376]

Esta definición implica que incluso la ley debe fundarse en la razón y que debe buscar el bien común: ordinatio rationis (el ordenamiento de la razón), asi es como la filosofía tomista define a la ley. La búsqueda del bien común se hace mediante las vías previstas legal y

[478] DE FINANCE J., La coscienza e la legge, en Fiora, SGRECOA (coord.), Obiezione di coscienza..., pp. 19-37.

[479] Ibi, p. 26. Sobre el tema véase también: GARCIA DE HARO R., La legge morale e le norme civili, en Atti del Congresso Internazionale di Teología morale su «Persona, uerità e morale» (Roma , 7.12.1986), Roma 1986, pp. 361 ss.

constitucionalmente en cada una de las sociedades. En una sociedad democrática esa búsqueda se lleva a cabo mediante la consulta de los órganos constitucionales y en el respeto del pluralismo de las corrientes de pensamiento y de las inspiraciones religiosas, y por esto, en el respeto de la libertad de conciencia y de religión (principio de la libertad religiosa). Sin embargo, hay que entender la noción de «bien común» no en el sentido del bien de la mayoría (sería una dictadura), sino como búsqueda de las condiciones mediante las cuales cada persona pueda realizar su propio ser y su propia vida. La realización de la propia vida y del perfeccionamiento moral propio sigue siendo tarea de cada persona.

Por esto la ley no es constitutiva de la ética ni debe imponer su propia eticidad (Estado ético de hegeliana memoria), sino que debe ser respetuosa y capaz de crear las condiciones para la realización de las personas. En la definición del bien común la ley deberá frecuentemente pedir sacrificios incluso en el ejercicio de las libertades de cada uno en particular, dentro de ciertos límites; y deberá permitir también algunas cosas que en sí podrían ser consideradas por algunos como no buenas para evitar peores males. Por esta razón la ley no coincide con la ética; no siempre puede evitar cualquier mal y cualquier abuso en el ejercicio de las libertades personales, sino que debe crear las condiciones objetivas para la eticidad de cada uno, para la realización de cada una de las personas.

Ahora bien, entre las condiciones esenciales y objetivas que la ley debe garantizar en pro del bien de las personas y en pro del bien común (garantías de constitucionalidad y de legitimidad) es indudable que se han de poner estas dos condiciones objetivas:

1. la ley debe defender la vida de todos, especialmente de los más indefensos y de los inocentes. Si la ley no crea esta condición, la de la vida, ya no es ley y se vuelve inicua: y todos han de combatirla con los medios legítimos a su alcance, en nombre de quien no puede defenderse;

2. la ley no puede imponer a nadie el quitar la vida a otras personas, salvo en legítima defensa contra el injusto agresor; mucho menos puede pedir al médico que coopere en matar; el médico por profesión no está llamado a hacer eso[480].

---

[377]

La motivación del llamado «mal menon>, expresión ya en sí ambigua, no se puede aplicar a los dos casos anteriores, porque no hay mayor mal que el de privar de la vida[481].

---

[480] Véase toda la parte m de la Instrucción de la CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA Fe sobre Moral y ley civil.

[481] CAFFARRA C, Aborto e obiezione di coscienza, «Medicina e Morale», 19y7, 1/2, pp. 101-109; SGRECCIAE., La obiezione di coscienza e le implicazioni nella prassi assitenziale e nei consultori familiari, «Anime e Corpi», 1978, yy, pp. 295-315.

La objeción de conciencia y el aborto voluntario

De todo cuanto hasta aquí llevamos expuesto, se desprende que entre las diversas formas de protesta y de objeción de conciencia (contra el servicio militar, por ejemplo) es la referente al aborto por parte de los médicos la que se presenta en los términos más inequívocos como lícita y obligada: en cuanto hombre, el médico no puede llevar a cabo una acción (o colaborar en ella directamente) para suprimir la vida de un individuo humano, aunque se esté formando; y en cuanto médico, está llamado por la profesión y por su propia deontología a cuidar y a sostener la vida y a ser respetado en su propia autonomía[482]. Hay que recordar que la autoridad política no puede imponer a un médico que haga una intervención quirúrgica que él considere que no es necesaria o es perjudicial; mucho menos puede la ley imponerle suprimir una vida.

La ley italiana permite el aborto poniendo como motivo la solicitud de la madre. Al médico se le solicitan dos fases de intervención: una fase de «comprobaciones o procedimientos» y otra fase de «ejecución»; hechas las comprobaciones de ley, ésta faculta sólo a la mujer —ni siquiera necesariamente al marido— para solicitar la interrupción.

«Cuando el médico del consultorio o de la estructura socio-sanitaria, o el médico de familia, descubre la existencia de unas condiciones tales que hacen urgente la intervención, extiende de inmediato a la mujer un certificado que testifique esa urgencia. Con dicho certificado la mujer misma puede presentarse en uno de los lugares autorizados a que se le practique la interrupción del embarazo.

Si no se percibe que se está ante un caso de urgencia, al término de la entrevista el médico del consultorio o de la estructura socio-sanitaria o el médico

---

[378]

de familia, ante la solicitud de la mujer de interrumpir el embarazo con base en las circunstancias de las que habla el art. 4, le extiende copia de un documento, firmado también por la mujer, que atestigüe el estado de embarazo y la solicitud presentada, y la invita a reflexionar por siete días. Transcurridos los siete días, la mujer puede presentarse para conseguir la interrupción del embarazo, con base en el documento que se le

---

482 Hay que subrayar, no obstante, que ese deber de cuidar y sostener siempre la vida humana no lo toma enteramente en consideración el Nuouo Códice Italiano di Deontologia Medica de la Federación Nacional de los Colegios de Médicos Cirujanos y Obstetras de 1989 que, aun condenado el aborto clandestino (por ¡o menos así se lee entre líneas), acepta recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo a tenor de lo previsto por la ley 194/1978, en cuyos incisos 2º y 3ª del art. 46 se lee: «La interrupción volunta ria del embarazo está regulada por ley del Estado. Todo acto que busque la interrupción del embarazo, fuera de los casos previstos por la ley, constituye una gravísima infracción deontoiógica especialmente si se lleva a cabo con afán de lucro. Salvo el peligro déla vida, el médico objetor de conciencia puede rehusarse a intervenir en la interrupción voluntaria del embarazo dejando a otro colega la asistencia en el caso».

extendió a tenor del presente inciso, en cualquiera de los lugares autorizados» (art. 5, incisos 3 y 4).

Como se ve, la ley se comporta como si el que va a nacer fuera una parte de su propio organismo, por añadidura de carácter anómalo; y se hace que concretamente prevalezca —sobre la competencia reconocida del médico— el llamado derecho de la mujer, aunque no esté explícitamente formulado.

Era obvio que la objeción de conciencia sería reivindicada como derecho y como salvaguardia de la conciencia profesional del médico. Derecho que, por lo demás, es reconocido con mayor o menor amplitud, con mayores o menores restricciones, en la mayor parte de las legislaciones abortistas[483].

La formulación de la objeción de conciencia de la ley italiana se contiene en el art. 9 de la 194/78.

«El personal sanitario y el que ejerce actividades auxiliares no está obligado a tomar parte en los procedimientos de que hablan los arts. 5 y 7 y en las intervenciones para la interrupción del embarazo, cuando suscite una objeción de conciencia mediante una declaración previa. La declaración del objetor debe ser comunicada al médico provincial[484] o al director sanitario, en el caso de los médicos de hospital o de médicos que ejercen en alguna clínica, dentro de un mes desde la entrada en vigor de la presente ley o de haber conseguido la cédula profesional o de haber entrado en alguna entidad que esté obligada a proporcionar las prestaciones necesarias para la interrupción del embarazo o tras estipular un convenio con entidades de previsión que implique la ejecución de tales prestaciones.

La objeción siempre puede ser revocada o propuesta incluso al margen de los términos de los que habla el inciso precedente, pero en ese caso produce efecto después de un mes de su presentación al médico provincial.

La objeción de conciencia exonera al personal sanitario y al que ejerce actividades auxiliares del cumplimiento de los procedimientos y de las actividades específica y necesariamente dirigidas a determinar la interrupción del embarazo y no de la asistencia que antecede y que sigue a las interrupciones.

La objeción de conciencia no puede ser invocada por el personal sanitario y el que ejerce actividades auxiliares cuando, dada la particularidad de las circunstancias,

---

[379]

[483] STELLA F., La situazione legislativa in mérito alia obiezione sanitaria in Europa, «Medicina e Morale», 1985, 2, pp. 281-301; véase sobre el tema: CAFERRA V.M., Diritti della persona e Stato sociale , Bolonia 1987, pp. 96-99; VENDÍTTÍ R., Le ragioni dell'obiezione di coscienza, Turín 1986, pp. 48-52.

[484] La figura del médico provincial ha sido sustituida por la del Presidente de la Unidad Sanitaria Local de pertenencia.

su intervención sea indispensable para salvar la vida de la mujer en peligro inminente» (art. 9).

Una exención análoga a la objeción de conciencia se les reconoce a las instituciones sanitarias dependientes de entidades religiosas, a menos que soliciten (art. 8) llevar a cabo tales interrupciones.

Muchas observaciones de carácter ético habría que hacer para comentar esta ley; sólo las esbozamos, dejando bien sentada su fisonomía global de ley abortista y, por tanto, faltándole una defensa efectiva del derecho a la vida del que va a nacer.

De hecho, es tanta la amplitud de las «indicaciones» antes de los 90 días, como hemos visto, que comprende prácticamente las indicaciones médicas y socio-económicas, las terapéuticas y las eugenésicas hasta configurar, como ha ocurrido y no obstante las afirmaciones en contrario, un uso anticonceptivo y liberalizado del aborto.

En los artículos 6 y 7, que prevén la interrupción después de los 90 días, se contempla:

a) el peligro grave de la vida de la mujer;

b) el peligro grave para la salud física y psíquica de la mujer, incluso en previsión de la malformación del feto.

En la atribución de la facultad de decisión se minusvalora la figura del padre el cual es oído por el médico sólo «cuando sea oportuno y solicitado por ella» (art. 5). Y la sentencia de la Corte Constitucional n. 389 del 31.3.88 ha confirmado la legitimidad de esta exclusión del padre de cualquier posibilidad de intervenir en la decisión de la mujer de abortar. Finalmente, la consulta del médico y el ase-soramiento en los consultorios familiares, se reduce a una formalidad instrumental.

Por lo que se refiere a la «objeción de conciencia», hay que hacer notar algunas restricciones de carácter punitivo. Se dijo entonces que tales restricciones se ponían para desalentar los abortos clandestinos y un uso instrumental de la objeción de conciencia en provecho propio. Ciertamente el médico que hiciera abortos clandestinos en privado, quizás protegido por la objeción de conciencia en las estructuras públicas, cometería un doble ilícito moral.

Pero esto se podría evitar de manera diferente y con las penalidades de las que hablan los artículos 19 y 20, que prevén graves sanciones para quien interrumpe el embarazo clandestinamente.

Pero, en cualquier caso, hay que hacer notar las siguientes restricciones: el art. 9 excluye al médico objetor de los procedimientos, desde el momento en que el médico que visita a la mujer está obligado a extender la declaración firmada incluso basándose solamente en la voluntad de la mujer, y por esto aunque el médico sea de parecer contrario; el médico que tome de esta manera parte en los procedimientos desiste de la objeción de conciencia y se hace por ley, por ese mismo

---

hecho, colaborador en el aborto. Esto se hizo a propósito para impedir que los objetores entren en contacto con la mujer inclinada a la interrupción con el fin de asesorarla[485].

Por lo que concierne a la colaboración formal o material, próxima o remota, valen las directrices dadas sobre el diagnóstico prenatal.

Sigue siendo moralmente ilícita no sólo la ejecución de la interrupción, sino también cualquier colaboración formal, es decir, intencional tanto cuando sea expresada por el personal sanitario como cuando fuera apoyada por parientes o por el marido de la mujer, el cual

---

[485] Como se sabe, no hay una interpretación unívoca sobre las actividades de las cuales el objetor debe y puede abstenerse: de aquí la posibilidad de revocación tácita de la objeción en caso de participación o intervenciones para la interrupción del embarazo, previstas por la ley 194/1978, fuera del estado de necesidad. Con base en una segunda interpretación no habría coincidencia entre las actividades de las cuales el objetor debe y puede abstenerse, porque de otro modo se caería en una interpretación demasiado rigurosa de la ley: «existen actividades, en efecto, en las cuales el objetor podría, en conciencia, decidir participar, aunque sólo casualmente estuvieran orientadas al aborto, con la única finalidad de limitar las interrupciones de embarazo (véase, por ejemplo, la fase de comprobación de las condiciones de la mujer y la consiguiente posibilidad de rehusarse a extender el documento si no se revisaran (las premisas). Y sin embargo no parece justificado vincular con la participación en estas actividades particulares —subjetivamente encaminadas a limitar las interrupciones del embarazo— la consecuencia negativa de la revocación. Esta, en efecto, es una sanción y, como tal, parece correcto interpretar las premisas de manera restrictiva: la razón de la revocación es garantizar un control sobre la seriedad de la objeción de conciencia, castigando al personal sanitario que oponen objeción de conveniencia para luego efectuar igualmente intervenciones abortivas (incluso en la clandestinidad)» (ZANCHETTI M., La legge sull'interruzione della gravidanza. Commentario sistematico alla legge 22 maggio 1978 n. 194, Padua 1992, p. 253).

Lo que está en discusión es concretamente, pues, la existencia o no de la posibilidad de que el médico objetor acceda al diálogo con la mujer, previsto por el art. 5 de la ley, conversación a la que sigue el extender el documento firmado por la mujer y contraseñado por el médico. De hecho prescindiendo de las opiniones de varios juristas y médicos forenses (véase BENCIOLINI P., APRILE A., L'interruzione volontaria della gravidanza. Compiti, problemi, responsabilità, Padua 1990), los médicos objetores son dejados a un lado del momento de la conversación, e incluso de la «gestión» misma del problema del aborto (cfr. EUSEBI L., Il dibattito nella bioetica. Obiezione di coscienza all'interruzione della gravidanza, «Medicina e Morale», 1991, 6, pp. 1068-1070), aun cuando tal conversación no parece incompatible con la objeción en el sentido de que no implica la revocación de la objeción de conciencia. Naturalmente si al médico objetor se le reconoce la posibilidad de participar en el diálogo, no se le puede, de todos modos, obligar a extender el documento, lo cual constituiría una participación material directa en el aborto en cuanto acto necesario y suficiente para acceder a dicha práctica.

Puesto que parece difícil, en el plano operativo, introducir en las estructuras públicas a médicos objetores que puedan acceder al diálogo aunque no extiendan certificados, se ha hecho la propuesta de separar el momento de la conversación de la extensión del documento: solución que «superaría cualquier problema de implicación de los médicos objetores en el diálogo propiamente dicho y se configuraría, además, como manifestación tangible de una orientación real preventiva de la normatividad estatutaria» (EUSEBÍ, Il dibattito..., p. 1069; véanse también las propuestas de modificación a la ley 194/1978 en EUSEBI, Tutela giuridica...).

sigue siendo en sí el sujeto más responsable, aunque a veces sea el que está más sometido a la presión social.

Igualmente, sigue siendo ilícita cualquier colaboración directa aunque sea material (no intencional): ésta se verifica cuando el acto de colaboración se manifiesta en aquellas actividades sin otra finalidad que la de preparar o acompañar

[381]

la intervención abortiva (auxilios en la cirugía, asistentes médicos y ginecólogos presentes en la operación, enfermeros o enfermeras instrumentistas, anestesistas, etcétera).

Las otras formas de colaboración material no directamente vinculadas con el evento y con la acción abortiva son en principio ilícitas, y también acerca de ellas el sujeto puede manifestar su rechazo, cuando sea consciente de que su prestación, aun no siendo mala en sí, sería mal utilizada, a menos que no subsistan motivos proporcionados que impongan la prestación o la aconsejen[486].

En particular, se debería dar lugar a la objeción de conciencia para el juez tutelar que la ley convocara a intervenir en el caso de las menores de edad y de las deficientes mentales (artículos 12 y 13).

Desafortunadamente, una sentencia reciente de la Corte Constitucional[487] ha establecido que al juez tutelar no se le permite la objeción de conciencia en caso de solicitud de aborto por parte de las menores de edad, reiterando que ese derecho sólo le está permitido ejercerlo al personal sanitario o que desempeña actividades auxiliares. Como se sabe, la cuestión de la legitimidad constitucional de los artículos 9 y 12 de la ley 194/78 fue planteada, en el proceso promovido por una menor de edad, por el juez tutelar de Ñapóles en 1984, con referencia a los artículos 2, 3, 19 y 21 de la Constitución italiana. El juez de Ñapóles afirmaba que cuando, por un convencimiento profundo y enraizado contra el aborto, subsistiera «un conflicto insalvable entre la propia conciencia y las obligaciones derivadas de sus funciones», debería concederse la facultad de plantear la objeción de conciencia. La Corte Constitucional, en cambio, citando el artículo 5 de la ley 194, estableció que, una vez que se hubieran efectuado las comprobaciones ordenadas y éstas hubieran demostrado la"premisa técnica de la interrupción voluntaria del embarazo, al magistrado no le estaba permitido apartarse de ellas; declarando, por tanto, sin fundamento la excepción de legitimidad suscitada.

Recientemente la Corte Constitucional reiteró esta posición[488], rechazando el recurso presentado por el pretor de Cuneo. Este,

[486] SGRECCIA E., Aborto e responsabilità dei credenti, en CONCETTI (coord.), // diritto alla vita, Roma 1981, pp. 101-128.

[487] CORTE COSTITUZIONALE, Sentenza n^{s} 196 del 26.5.87.

[488] ID., Sentenza del 24.6.93.

sosteniendo la arbitrariedad de cualquier distinción entre vida prenatal y postnatal, había promovido una excepción de legitimidad de la ley 194/78, porque ésta no garantiza el derecho a la vida del concebido, atribuyendo a la madre un poder sustancialmente ilimitado de autodeterminación. En particular había reiterado la necesidad de prever la objeción de conciencia para el juez tutelar, respecto de la autorización para interrumpir el embarazo por parte de una menor de edad.

---

[382]

La Corte se limitò a declarar que era inadmisible el recurso, sin entrar en la cuestión y reiterando que no es necesaria la previsión de la objeción de conciencia en cuanto que al magistrado le queda la potestad de negar la autorización cuando dude, por ejemplo, sobre la capacidad de entender y de querer de la menor de edad.

En otros países la objeción de conciencia está regulada de diverso modo y, en general, puede expresarse caso por caso y sin todas las restricciones punitivas de la ley italiana.

Las formas «encubiertas» de aborto

En el plano científico y social se va esbozando un fenómeno bastante preocupante, basado en una terminología confusa y engañosa. Se trata de la tendencia a enmascarar el término «aborto» bajo otros nombres para no asustar. Esto se advierte sobre todo en los manuales de divulgación destinados a un público muy amplio y que buscan, pues, influir en la opinión pública[489]; pero la misma tendencia se descubre también en las revistas científicas[490].

Nos estamos refiriendo, en la práctica, a algunas técnicas recientes de control de los nacimientos llamadas impropiamente anticonceptivas, las cuales no impiden el encuentro entre los gametos, esto es la fecundación, como haría pensar el término anticonceptivo o antifecundante, sino que su mecanismo, en realidad, es el de impedir que el óvulo ya fecundado se implante en el útero. Quien hace publicidad de estas técnicas se guarda muy mucho de llamarlas abortivas (para muchos el término aborto significa todavía algo dramático), definiéndolas como interceptantes, porque interceptan al cigoto impidiéndole que anide, o contragestante (de contra-gesfíon, en analogía con

[489] Véase el trabajo de SPAGNOLO A.G., Aborto e nuova sessualità. Situazione oggi sul piano socialee politico, «Anime e Corpi», 1987, 129, pp. 33-48. Recientemente ha salido un folleto de divulgación de LAURICELLA E., La riproduzione della specie umana, Roma 1986, en el cual la sexualidad, el control de los nacimientos y la fecundación artificial son explicados al público de modo simplista, a menudo inexacto (se ignoran por completo los estudios científicos sobre el método Billings y los datos estadísticos positivos de la OMS), pero sobre todo se falsean los términos con una grave confusión para el lector inexperto.

[490] BAUUEU E.E., Contragestation fay anntiprogestin: a new approach to human fertilità control, en CIBA FOUNDATION SYMPOSIUM 115, Abortíon: medica! progress and social implications, Londres 1985, pp. 192-210.

contraception) si impiden la prosecución del embarazo una vez que el embrión se ha implantado ya en el útero. Con el término de antigestación se indica más concretamente todo un conjunto de técnicas que actúan alterando la fisiología del transporte y de la implantación del óvulo fecundado o provocando la eliminación del embrión recién anidado.

Los antigestativos o abortivos más difundidos en la actualidad son: la pildora de bajo contenido en progesterona (la llamada minipíldora); las inyecciones trimestrales

---

[383]

y las inoculaciones subcutáneas de progestógenos o estro-progestógenos; el dispositivo intrauterino, o espiral; la vacuna anti-hCG; la llamada pildora del día antes; las prostaglandinas y los fármacos luteolíticos (entre ellos el RU486). El uso de estos métodos no requiere, en la mayoría de los casos, la hospitalización de la mujer.

Aparte el problema ético, planteado por la comprobación de que los antigestativos determinan la supresión de un individuo humano, problema ya abordado anteriormente, se dan también implicaciones de orden jurídico.

Con base en la ley 194/78, la competencia técnica de la práctica del aborto concierne exclusivamente al médico; de hecho la utilización de los abortivos elimina este control y el aborto puede obtenerse de modo fácil, seguro y privado, mediante la ingestión de una pildora en una etapa cada vez más temprana.

En este caso no tendrían ya valor alguno todas las disposiciones legislativas relativas al recurso de la mujer que pretende abortar, pero tampoco, obviamente, aquellas que conciernen al control de las condiciones legales para obtener el aborto, la subsistencia misma de tales condiciones y la posición del médico en orden a la objeción de conciencia.

La interrupción del embarazo se vuelve entonces un hecho privado entre la gestante y el médico, el cual las más de las veces se limitarían a prescribir el fármaco y eventualmente a intervenir en caso de graves complicaciones.

Se plantea, por tanto, la pregunta de cómo reglamentar en la materia: la misma ley 194/78, como se ha dicho, puede ofrecer una razón fundante, es decir, la de prever el control médico de la interrupción del embarazo. Se sigue de ello que la simple prescripción del fármaco por parte del médico no satisface los requisitos de la todavía permisiva ley 194. Es esta una razón más para revisar todo el texto legal a fin de poner en marcha verdaderamente una prevención de la interrupción voluntaria del embarazo que es, y sigue siendo, la supresión de un individuo humano, de cualquiera de los modos en que se lleve a cabo y en cualquiera de los estadios de vida del embrión; y que, por ello,

representa un acto moralmente ilícito para quien la solicita y para quien la ejecuta o la aconseja[491].

La prevención del aborto espontáneo

La interrupción espontánea del embarazo es un hecho que se manifiesta con elevada frecuencia: representaría el 15 por ciento aproximadamente en la evolución de todos los embarazos reconocidos clínicamente[492].

---

[384]

En cambio, es difícil calcular el número de abortos espontáneos que se verifican en fases precoces preclínicas: de algunos estudios se deduce que por lo menos el 60 por ciento de los cigotos concebidos no continuarían su desarrollo y se perderían[493].

El aborto espontáneo puede ser provocado por diversos factores: cromo-sómicos, endocrinos, enfermedades infectivas, afecciones dismetabólicas, malformaciones del tracto genital, factores inmunitarios o causas psicológicas. En la mayoría de los casos, el evento abortivo es un episodio aislado y, a menudo, no se logra localizar su etiología.

En el 0.3-0.5 por ciento de los casos el hecho puede presentarse dos o tres veces consecutivamente, configurando el cuadro nosológico del aborto repetido espontáneo. El aborto repetido espontáneo se puede distinguir en primitivo o secundario, según que se verifique en una pareja cuyo miembro femenino no ha tenido partos a término o pretérmino con prole viva, o bien que ha tenido antes uno o más hijos y luego los abortos repetidos. Entre las causas de aborto repetido espontáneo, no siempre posibles de identificar, podemos enumerar:

1) factores ambientales (ambiente de vida y/o de trabajo);
2) factores cromosómicos;
3) factores hormonales;
4) malformaciones, fibromas y sinequias uterinas, así como endometritis;
5) infecciones (por Ureoplasma Urealyticum; Mycoplasma Hominis; Chlamydia Trachomatis);
6) factores autoinmunitarios;
7) causas psíquicas (por ejemplo, la mujer puede desear tener un hijo a nivel consciente, pero al mismo tiempo rechazarlo inconscientemente).

---

[491] Para una profundización en el tema, véase Di PIETRO M.L., SGRECOA E., La contragestazione ovvero l'aborto nascosto, «Medicina e Morale», 1988, 1, pp. 5-34.

[492] Para profundizar más en el tema, véase CINQUE B., PELAGALU M., DAINI S., DELL'ACQUA S., SPAGNOLO A.G., Aborto ripetuto spontaneo. Aspetti scientifici e obbligazioni morali, «Medicina e Morale», 1992, 5, pp. 889-910

[493] EDMONDS D.K., LINDSAY K.D., Early embryonic mortality ¡n women, «Fertility and Sterility», 1982, 38, p. 447.

Una vez identificada la causa, es posible intervenir eliminándola o proporcionando los medios para contrarrestarla: en efecto, como consecuencia de un tratamiento específico se ha podido observar el nacimiento de fetos vivos en un porcentaje superior al que se tiene en los grupos de pacientes no tratadas.

En este punto, surge la pregunta legítima de **si** existe o no obligación moral de evitar el aborto espontáneo. Quien no reconoce tal obligación, sostiene que **si** la naturaleza recurre al aborto para mantener la estabilidad genética descartando los embriones malformados, no se entiende por qué hay que intervenir para impedirlo[494]. Ahora bien, si es cierto, como se ha dicho, que los errores de la naturaleza

---

[386]

no hay que repetirlos, es cierto también que el hecho de que haya enfermedades que se verifican en la naturaleza no significa que el feto, expuesto a un aborto repetido espontáneo, tenga que ser cuidado como ocurre con quien ha nacido ya: por este motivo toda mujer y toda pareja, en cuanto tenga dudas de que ha comenzado el embarazo, debe activar todas las comprobaciones que puedan reducir el riesgo de aborto espontáneo.

Cuando los factores de riesgo sean ambientales, la obligación de intervención no compete sólo al individuo en particular, sino a toda la sociedad. Reconocido el deber de intervenir, hay que precisar, no obstante, que hay que llevarlo a cabo con medios proporcionados y evitando el ensañamiento terapéutico: en efecto, el aborto repetido espontáneo puede presentarse a veces como consecuencia de la incapacidad patológica para continuar el embarazo, por lo que la insistencia en aplicar terapias heroicas puede adoptar un significado de ensañamiento terapéutico respecto del feto, cuyo momento de la muerte sólo se retrasaría, en este caso, por unas horas o unos días.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Difesa del diritto alla nascita,* Atti del XXm Congresso nazionale dei Giuristi cattolici italiani, Giuffrè, Milán 1975.

ACHILLE A., *Dieci anni della nostra storia,* «Sì alla vita», 1990, 4, 3 ss.

ANCONA L., *Prospettive psicologiche in tema d'aborto,* «Medicina e Morale», 1574, 3, 377-397.

AUSTRALIA - COMMITTE TO ENQUIRE... THE PRACTICE OF IN VITRO FERTILIZATION, *Report of the embryos producedby in vitro fertilization* (Chairman: L. Waller), Melbourne 1984.

---

[494] ROBERT C.J., LOWE C.R., Where are all the conceptions gone?, «Lancet», 1975, pp. 498-499.

BAULIEU E.E., *Contragestation by antiprogestin: a new approach to human fertility control,* en CIBA FOUNDATION SYMPOSIUM 115, *Abortion: medicai progress and social implications,* Londres 1985, pp. 192-210.
BAUSOLA A., *Premessa* en SGRECCIA E. (coord.), II *dono della vita,* Vita e Pensiero, Milán 1987, pp. 45-49.
BEIRNAERT L., *L'avortement est-il un infanticide?,* «Études», 1970, nov., 520.
BENCIOLINI P., *La prevenzione dell'aborto e i compiti del «medico di fiducia»,* «Bollettino dell'Ordine dei Medici della Provincia di Padua», 1983, 2.
—, APRILE A., *L'interruzione volontaria della gravidanza. Compiti, problemi, responsabilità,* Cedam, Padua 1990.
BERETTA P., *Si o no all'aborto?,* Paoline, Alba 1975.
BERGAMASCHI P., *Le complicanze dell'intervento di interruzione della gravidanza,* «Medicina e Morale», 1974, 2, 277-292.
BIGGERS J.D., *Arbitrary partitions of prenatal Ufe,* «Human Reproduction», 1990, 5, 1, 1-6.

---

[386]
BOMPIANI A., *Indicazioni all'aborto «terapeutico»: stato attuale del problema,* en FIORI A. SGRECCIA E. (coord.), *L'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici.* Vita e Pensiero, Milàn 1975, pp. 191-215.
—, *Il ginecologo, l'aborto e l'obiezione di coscienza,* «Medicina e Morale», 1978, 1, 77-87.
—, *Storia parlamentare dell'art. 9: «l'obiezione di coscienza»,* «Medicina e Morale», 1978, 3, 347-396.
—, *Individualità biologica del concepito,* «Sessuologia», 1978, gennaio-febbraio, 406 ss.
BRERA G.R., *La scelta di abortire. Motivazioni e sequele psichiche,* Amici per la Vita, Milàn 1981.
BRUAIRE C., *Une éthique pour la médecine,* Fayard, Paris 1978.
BURGALASSI S., *Verso una «nuova morale»? Riflessioni sociologiche sulla valutazione dell'aborto in Italia,* «Medicina e Morale», 1978, 1, 34-76.
CAFERRA V.M., *Diritti della persona e stato sociale,* Zanichelli, Bolonia 1987, pp. 96-99.
CAFFARRA C, *// problema morale dell'aborto,* en FIORI A., SGRECCIA E. (coord.), *L'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici,* Vita e Pensiero, Milàn 1975, pp. 313-320.
—, *Aborto e obiezione di coscienza,* «Medicina e Morale», 1977, 1/2, 101-109.
—, *La legge 194: sue scelte e sue conseguenze,* «Medicina e Morale», 1978, 3,
335-346.
—, *// valore della vita nel mistero cristiano,* «Studi Cattolici», 1981, marzo, 164 ss.

CALISTI A., *Il feto, paziente chirurgico,* «Medicina e Morate», 1983, 1, 49-58.
CAPRILE G., *Non uccidere. Il Magistero della Chiesa sull'aborto,* La Civiltà Cattolica, Roma 1974.
—, *Dopo cinque anni di aborto legale,* «La Civiltà Cattolica», 4.6.1983,488 ss.
CASINI C, *Aborto. Il fallimento di una legge. Ogni dieci bambini concepiti quattro non vedono la luce,* «Prospettive nel Mondo», 1985, maggio, 37 ss.
—, *II diritto alla vita all'origine dell'esistenza umana,* «Studi Cattolici», 1985, giugno, 323 ss.
CASPAR P, *Les fondements de Vindividuante biologique,* «Communio», 1984, IX, 6, 80-90.
CENTRO DI AIUTO ALLA VITA, I *centri di Aiuto alla Vita in Italia,* Segreteria Nazionale di Collegamento, Padua 1986, ottobre.
CENTRO DE BIOÉTICA, UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL SGDO. CORAZÓN, *Identidad y estatuto del embrión humano* (22.6.1989), «Medicina y Etica», 1990, 1, 1, 41 ss.
CICCONE L., *L'aborto,* en *«Non uccidere». Questioni di morale della vita fisica,* Ares, Milàn 1984, pp. 144-256.
CINQUE B., PELAGALLI M., DAINI S., DELL'ACQUA S., SPAGNOLO A.G., *Aborto ripetuto spontaneo. Aspetti scientifici e obbligazioni morali,* «Medicina e Morale», 1992, 5, 889-910.

---

[387]
COLOMBO B., *Sulla diffusione degli aborti illegali in Italia,* «Medicina e Morale», 1976, 1/2, 17-18.
CONCETTI G. (coord.), II *diritto alla vita,* Logos, Roma 1981.
CONFERENCIA EPISCOPAL ITALIANA, *Dopo la legge di aborto,* «L'Osservatore Romano», 10.6.1978, p. 2.
—, *La communità italiana e l'accoglienza della vita umana nascente,* «L'Osservatore Romano», 17.12.1978, 3 ss.
—, *Contro la violenza sulla vita, la forza e l'intelligenza d'amore,* «L'Osservatore*Romano», 18.3.1981, 1 ss.*
CONGOURDEAU *M-H.,* L'embryon est-il une personne? *«Communio», 1984,* IX, *6, 103-116.*
Corte Costituzionale, Sentenza n. 196 del 26.5.1987.
—, Sentenza del 24.6.1993.
Crosby J.F., Are some human beings not persons? *«Anthropos», 1986, 2, 215-232.*
Cuyas *M.,* Dignitá della persona e statuto dell'embrione umano, *«La Civiltá Cattoli-ca», 1989, 2, 438-451.*
Dalla Torre G., Legge di aborto e principi dell'ordinamento italiano, *«Medicina e Morale», 1979, 1,45-62.*
Dalla Vedova A., Aborto: aspetti sociologici, psicologici, morali, *en* Aa. Vv., NO all'aborto: perché? Perché si alia vita, *La Parola, Roma 1976, pp. 5-32.*

Davanzo G., L'aborto nella problemática etico-cristiana, *«Anime e Corpi», 1971, 38, 550-551.*

—, Coscienza professionale e cristiana dell'ostetrica di fronte al problema della contraccezione e all'interruzione della gravidanza, *«Medicina e Morale», 1975, 1, 86-101.*

—, Etica sanitaria, *Ancora, Milán 1991.*

Davis A., Informed dissent: the view of a disabled woman, *«J. Med. Ethics», 1986, 12, 75-76.*

De Benedetto F., L'aborto a Taranto, *«Medicina e Morale», 1981, 3, 403-433.*

De Finance *J.,* La coscienza e la legge, *en* Fiori A., Sgreccia *E. (coord.),* Obiezione di coscienza e aborto, *Vita e Pensiero, Milán 1978, pp. 19-37.*

De Lagrange *E.,* De Lagrange M.M., Bel R., Un complot contre la vie.
L'avortement, *Société de Production Littéraire, 1979.*

De Lorenzi *E.,* Titolo e data di pubblicazione delle leggi regionali istitutive dei servizi di assistenza alia famiglia e dei consultori, *«Medicina e Morale», 1978, 2, 261-285.*

De Rosa G., Troppi aborti in Italia nel 1985. Una legge che va cambiata, *«La Civiltá Cattolica», 1986,* ii*, 186-194.*

DI Menna *R.,* Umanizzazione e animazione del concepito umano *en* Aa. Vv., Scienza e origine della vita, *Orizzonte Medico, Roma 1980, pp. 36-72.*

Di Pietro *M.L.,* La fecondazione extracorporea, *«Medicina e Morale» 1984, 4, 570-571.*

---

[388]

—,SGRECCIA E., *La contragestazione ovvero l'aborto nascosto,* «Medicina e Morale», 1988, 1, 5-34.

Di ROCCO C, *Problemi decisionali relativi al trattamento chirurgico delle malformazioni congenite del S.N.C.,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 488-492.

DICKENS B.M., *Prenatal diagnosis and female abortion: a case study in medical law and ethics,* «J. Med. Ethics», 1986, 143-144.

DONATI P., *Riflessioni sociologiche sulla recente fenomenologia dell'aborto,* «La Famiglia», 1987, 121, 5-27.

DONCEEL J.F., *Immediate animation and delayed hominization,* «Theological studies», 1970, 31, 76-106.

DUNSTAN G.R., *The moral status of the human embryo: a tradition recalled,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 38-44.

EDMONDS D.K., LINDSAY K.D., *Early embrionic mortality in women,* «Fertility and Steri-lity», 1982, 38, 447.

ENGELHARDT H.T. JR., *The Foundation of bioethics,* Oxford University Press, New York 1986.

EPISCOPADO ALEMÁN, *La protection de l'enfant avant sa naissance,* «La Document. Catholique», 1985, 15 dèe, 1908 ss.

EPISCOPADO CANADIENSE, *Declaración sobre el aborto,* «La Documentation Catholique», 1968, 7 aprile, coll. 615 ss.

EPISCOPADO FRANCÉS, COMISIÓN PARA LA FAMILIA, *Vie et mort sur commande,* «La Document. Catholique», 1984, 1885, 1126 ss.

EPISCOPADO ESTADOUNIDENSE, *Dichiarazione sull'aborto* (21 aprile 1969) en GIRADET-SBAFFI M., *L'aborto nel mondo,* Mondadori, Milán 1970, p. 230.

ETHICAL ADVISORY BOARD (DHEW), *HEW support of research involving human in vitro fertilization and embryo-transfer,* US Gov. Print. Off., Washington (DC) 1979.

EUSEBI L., *Il dibattito nella bioetica. Obiezione di coscienza all'interruzione della gravidanza,* «Medicina e Morale» 1991, 6, 1068-1070.

—, *Tutela giuridica dell'embrione ed esigenze irrisolte di prevenzione dell'aborto* en SGRECCIA E., MELE V. (coord.), *Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo,* Vita e Pensiero, Milán 1992, pp. 329-358.

FAGONE V., *Il problema dell'inizio della vita del soggetto umano,* «Medicina e Morale», "1974, 2, 212-242.

—, *II problema dell'inizio della vita del soggetto umano,* en FIORI A., SGRECCIA E. (coord.), *L'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici,* Vita e Pensiero, Milán 1975, pp. 149-180.

FALISELLI R., *Aborto: problema morale e problema giuridico,* «Rivista del Clero Italiano», 1981, 4, 298 ss.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, *Códice di Deontologia Medica,* «II Medico d'Italia» (15.7.1989), 1990, marzo, suppl. al n- 44.

FIORI A., *La legge 194/1978 un anno dopo,* «Medicina e Morale», 1979, 1, 7-27.

---

[389]

—, *Strage di Stato degli innocenti,* en FIORI A., SGRECCIA E. (coord.), *L'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici.* Vita e Pensiero, Milán 1975, pp. 9-22.

—, *Medicina ippocratica, medicina ideologica, obiezione di coscienza,* «Medicina e Morale», 1977, 1/2, 166-184.

—, SGRECCIA E. (coord.), *Obiezione di coscienza e aborto,* Vita e Pensiero, Milán 1978.

—, SGRECCIA E. (coord.), *L'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici,* Vita e Pensiero, Milán 1975.

FLEMING L., *The moral status of the foetus: a reappraisal,* «Bioethics», 1987, 1, 15-34.

FORD N.M., *When did I begin? Conception of the human individual in history, philosophy and science,* Cambridge Univ. Press, Cambridge 1988.

GARANCINI G., *Ordinamento giuridico e obiezione di coscienza,* «La Gazzada», 1984, giugno, 17 ss.

GARCÍA DE HARO R., *La legge morale e la norme civili,* en *Atti del Convegno Internazionale di Teologia Morale su «Persona, verità e morale»* (Roma, 7-12.4.1986), Città Nuova, Roma 1986, pp. 361 ss.
GEVAERT J., *L'esistenza corporea dell'uomo,* en *// problema dell'uomo,* LDC, Leumann 1984, pp. 53-91 (trad, esp., *El problema del hombre,* Sigúeme, Salamanca 1978).
GIUNCHEDI F., *L'aborto tra violenza e coscienza,* «Rassegna di Teologia», 1981, marzo-aprile, 89 ss.
GOLDENING J.M., *The brain-life theory: towards a consistent biological definition of humaneness,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 198-204.
GREAT BRITAIN, WARNOCK COMMITTEE, *Report of inquiry into human fertilization and embriology,* Her Majesty's Stationery Office, Londres 1984.
GROBSTEIN C, *Biological characteristics of the preembryo,* «Annals of the New York Academy of Sciences», 1988, 541, 346-348.
GÜNTHOR A., *Chiamata e risposta,* I, Paoline, Roma 1982, p. 531.
GOZZETTI G.B., *Quando l'embrione è persona?,* «Rivista di Teologia Morale», 1987, 73, 67-79.
HARING B., *Liberi e fedeli in Cristo,* voi. in, Paoline, Roma 1982 (trad, esp., *Libertad y fidelidad en Cristo,* Herder, Barcelona 1983).
HEANEY S.J., *Aquinas and the Presence of the Human Soul in the Early Embryo,* «The Thomist», 1992, 56, 1, 19-48.
HONINGS B., *L'aborto e il momento della umanizzazione,* en CONCETTI G. (coord.), *// diritto alla vita,* Logos, Roma 1981, pp. 23-41.
INTRONA F., *Legalizzazione dell'aborto: riflessioni medico-social,* «Medicina e Morale», 1974, 3, 418-449.
JONES G.E., PERRY C, *Can claims for «wrongful Ufe» be justified?,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 162-164.
JUAN PABLO II, *Amore e rispetto per la vita nascente* (3.1.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* II, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 9-12.

---

[390]

—, *La famiglia, al centro del bene comune della società* (3.1.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* II, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 13-15.

—; *Il significato della maternità per la società e la famiglia* (10.1.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* II, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 31-35.

_, Discorso ai partecipanti al Convegno Europeo dei Movimienti per la Vita (26.2.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* II, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 467-469.

—, Discorso all'Associazione Medica Mondiale (29.10.1983), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* VI, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1983, pp. 917-923.

KOOP CE., *The family with a handicapped newborn child,* en ANDERSON C.A., GRIBBIN W.J. (eds.), *The wealth of families,* The American Fam. Institute, Washington (DC) 1982.
KRASON S.M., *Abortion. Politics, morality and Constitution,* Univers. Press of Ame., Lanhgam1984.
KUSHNER T., *Having a life versus being alive,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 5-8.
LA PIRA G., *Di fronte all'aborto,* «Medicina e Morale», 1986, 1, 24-30.
LAURICELLA E., *La riproduzione della specie umana,* Editori Riuniti, Roma 1986.
LEGA C, *Deontologia medica e legislazione abortista,* «Medicina e Morale», 1977, 1/2, 79-100.
LEJEUNE J., *// messaggio di vita,* «Medicina e Morale», 1974, 1, 99-107.
LENZI E., *L'obiezione di coscienza e la responsabilità professionale,* «Medicina e Morale», 1978, 1, 88-97.
LEONE S., *I diritti dell'embrione,* «Medicina e Morale», 1985, 3, 583-603.
—, Lineamenti di bioetica, Medical Books, Palermo 1990, pp. 166 ss.
LICORDARJ R., *Aspetti della legislazione sull'aborto nel mondo,* «Medicina e Morale», 1974, 2, 293-308.
LOCKWOOD M., *When does a life begin?* in *Moral dilemmas in modern medicine,* Oxford University Press, Oxford 1985, pp. 37-76.
LOMBARDI F., *Dopo cinque anni di aborto legale,* «La Civiltà Cattolica», 1983, 4 giugno, 488 ss.
LOMBARDI VALLAURI L., *Bioetica, potere, diritto,* «Jus», 1984, 1-2, 41-80.
LUONGO M-, TORNOTTI L., *Obiezione di coscienza sanitaria,* «Federazione Sanitaria», 1986, 9, 1273 ss.
LYCAN W., *Abortion and the civil rights of machines,* en POTTER N., TIMMONS M. (eds.), *Morality and universality,* Reidel, Dordrecht, pp. 139-159.
MADRE TERESA DE CALCUTA, *In occasione del conferimento della laurea «Honoris causa» in medicina,* «Medicina e Morale», 1981, 3, 460-463.
MAHONEY J., *Bioethics and belief,* Sheed & Ward, Londres 1984.

---

[391]

MALHERBE J.F., *L'embryon est-il une personne?,* «Lumière et Vie», 1985, 172, 19-31. Manni E., *// problema dell'aborto visto da un fisiologo,* «Medicina e Morale», 1974, 3, 367-376.
MARCHESI G., *// dramma dell'occidente: la libertà contro la vita,* «La Civiltà Cattolica», 1989, 1, 55-64.
MASON J.K., *Parental choice and selective non-treatment of deformed newborns: a view from Mid Atlantic,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 67-71.
MAXIMO (SAN), *De rariis difficillimis locis sanctorum Dyonisii et Gregorii seu ambiguorum liber,* PGXCI, 1335a.
MCCORMICK R.A., *Abortion: a changing morality and policy?* en SHANNON T.A. (ed.), *Bioethics,* Paulist Press, Ramsey, 1981, pp. 25-43.

McLaren A., *Prelude to embryo genesis,* in The Ciba Foundation, *Human embryo research: yes or no?,* Londres 1986, 5-23.

—, *Pre-embryos?* (letter), «Nature», 1987, 28, 10.

Ministero della Sanità, *Azione donna. Un figlio quando lo vuoi. Informazioni di base per la procreazione responsabile,* Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma 1982.

—, *Relazione annuale al Parlamento sulle WG relativa all'anno 1986,* «ISIS», 1987, 39, pp. 30 ss.

—, *Relazione e dati 1991 sulla situazione della legge concernente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione della gravidanza,* Roma 1993.

Moneta E., *L'aborto settico,* «Medicina e Morale», 1976, 1/2, 156-174.

Mond J., *El azary la* necesidad, Bruguera, Barcelona 1984.

Movimento per la Vita, *IV Rapporto al Parlamento, Prevenzione dell'aborto volontario e applicazione della legge 194,* 1993, marzo (en offset).

MuretS., *La reflexionchrétienneetVavortement,* «La Revue Nouvelle», 1973, gennaio.

Murphy T.F., *The moral significance of spontaneous abortion,* «J. Med. Ethics», 1985, 11,79-83.

Nardi E., *Aborto procurato nel mondo greco-romano,* Giuffrè, Milàn 1971.

—, *L'eredità del mondo antico,* en Fiori A., Sgrecia E. (coord.), *L'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici,* Vita e Pensiero, Milàn 1975, pp. 49-68.

Nieman L.K., Choate T.M. et al., *The progesterone antagonist RU 486. A potential new contraceptive agent,* «NEJM», 1987, 316, 187-191.

Noonan J., *An almost absolute value in history,* en Noonan J. (ed.), *The morality of abortion,* Harvard Uni vers. Press, Cambridge 1977, pp. 1-60.

Organición Mundial de la Salud, *La legislation de Vavortement dans le monde,* OMS, Ginebra 1971, pp. 84 ss.

Pablo VI, *Discorso ai partecipanti al XXIII Congresso Nazionale dell'Unione Giuristi Cattolici Italiani,* (9.12.1972), en *Insegnamenti di Paolo VI,* X, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1972, pp. 1260-1264.

Pangallo M., *Actu essendi tomistico e spiritualità dell'anima,* «Medicina e Morale», 1986, 2, 407-414.

---

[392]

Perico G., *A sette anni dall'entrata in vigore della legge sull'aborto,* «Aggiornamenti Sociali», 1985, settembre-ottobre, 571 ss.

—,*Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milan 1992, pp. 223-302.

Piccinini P., Meregalli D., *Considerazione su 229 casi di WG in un ospedale provinciale della Lombardia,* «Medicina e Morale», 1981, 3, 434-441.

Pidier J.M., *La Chiesa e l'aborto,* «Il Regno attualità», 1973, 2, 16-17.

PIETROBON V., *Aborto e legittimità dell'obiezione di coscienza,* «Medicina e Morale», 1970, 1, 28-44.PIGATTO A., *Psicologia e psicopatologia dell'aborto,* «Aggiornamenti Sociali», 1980, novembre, 687 ss.

Pio XII, *Alle congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche* (29.10.1951), en *Discorsi e Radiomessaggi,* XJU, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 211-221.

POUSSET E., *Etre humain déjà,* «Etudes», 1970, nov., 512-513.

QUELQUEJEU B., *La volonté de procréer. Réflexion philosophique,* «Lumière et Vie», 1972, ag./ott, 64.

QUINTA VALLA E., RAIMON D.E. (coord.), *Aborto, perché?,* Feltrinelli, Milan 1989.

RAES F, *A propos de l'avortement,* «La Revue Nouvelle», 1971, 90.

REPUBBLICA ITALIANA, *Legge 22 maggio 1978, n. 194, «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza»,* «Gazzetta Ufficiale» 22.5.1978, n. 140.

RIBES B., *Pour une réforme de la législation française relative à l'avortement,* «Études», 1983, gen., 69.

ROBERT C.J., LOWE C.R., *Where are all the conceptions gone?,* «Lancet», 1975, 498-499.

ROTHMAN B., *The products of conception: the social context of reprodutìve choices,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 188-192.

RUFF W., *Individualität und Personalität in embryonalen Wersen. Die Frage nach dem Zeitpunkt der Geistbeseelung,* «Theologie un Philosophie», 1970, 45, 25-49.

RYAN M., *Illegal abortion and the Soviet health service,* «British Medicai Journal», 1987, 294, 425-426.

SCALABRTNO SPADEA M., *La tutela internazionale dell'embrione e del feto. In margine a tre recenti deliberazioni assembleari europee,* «Medicina e Morale», 1989, 4, 717 ss.

SCARLETT R.F., *The moral status ofembryos,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 79-81.

SCHOOYANS M., *L'avortement enjeux politiques,* Ed. di Préambule, Longueil 1990.

SERRA A., *Il neo-concepito alla luce degli attuali sviluppi della genetica umana,* «Medicina e Morale», 1974, 3, 333-366.

—, II neoconcepito alla luce degli attuali sviluppi della genetica umana, en FIORI A., SGRECCIA E. (coord.), *L'aborto. Riflessioni di studiosi cattolici,* Vita e Pensiero, Milan 1975, pp. 115-148.

—, Il neo-concepito è un soggetto umano, en CONCETTI G. (coord.), *// diritto alla vita.* Logos, Roma 1981, pp. 11-21.

---

[393]

—, Quando comincia un essere umano, en SGRECCIA E. (coord.), *U dono della vita,* Vita e Pensiero, Milàn 1987, pp. 99-105.

—,*Embrione umano, scienza e medicina - In margine al recente documento* vaticano, «La Civiltá Cattolica», 1987, II, 247-261.

—,Quando é iniziata la mia vita?, «La Cilviltá Cattolica», 1989, 3348, 582.

—,Dalle nuove frontiere della biología e della medicina nuovi interrogativi alia filosofía, al diritto, e alia teología, en *Serra* A., *Sgreccia* E., *Di Pietro* M.L., Nuova genética e embriopoiesi umana. Vita e Pensiero, Milán 1990, pp. 69-70.

—,*Sgreccia* E., *Di Pietro* M.L., Nuova genética e embriopoiesi umana, Vita e *Pensiero,* Milán 1990.

Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración sobre El aborto provocado (18.11.1974) en Enchiridion Vaticanum, 5, Dehoniane Bolonia 1979 pp 419-443.

—, Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación (22.2.1987), Promoción Popular Cristiana, Madrid 1987.

Sgreccia E., La obiezione di coscienza e le implicazioni nella prassi assistenziale e nei consultori familiari, «Anime e Corpi», 1978, 77, 295-315.

—, I compiti della famiglia cristiana, «Medicina e Morale», 1980, 3, 388-391.

—, Aborto e responsabilitá dei credenti, en *Concetti* G. (coord) II diritto alia vita, Logos, Roma 1981, pp. 101-128.

—, A proposito del pre-embrione umano (Editorial), «Medicina e Morale» 1986, 1,5-17.

—, Le malformazioni fetali: implicazioni etiche, «Acta medica romana» 1986 24, 539-550. ' '

—, (coord.), // dono della vita, Vita e Pensiero, Milán 1987.

—*, Di Pietro* M.L., L'interruzione volontaria di gravidanza nel pensiero cattolico «Affari sociali», 1989, 4, 75-92.

—*, Melé* V., Ingegneria genética e biotecnologie nel futuro dell'uomo, Vita e Pensiero, Milán 1992.

Shea M.C., Embryonic Ufe and human Ufe, «J. Med. Ethics», 1985, 11, 205-209.

Shepperdson B., Abortion and euthanasia of Down's syndrome children. The parents' view, «J. Med. Ethics», 1983, 9, L52-157.

Simms M., Informed dissent: the view of some mothers of severally handicapped young adults, «J. Med. Ethics», 1986, 12, 72-74.

Sims P*.F.,* Life issues: Abortion en *Brown* I.L., *De Cambrón* N. (eds.), Medicine in crisis, Rutherford House Bk, Edimburgo, 1988, pp. 68-87.

Singer P., Practical Ethics, Cambridge Univ. Press, Oxford 1979.

Spagnolo A.G., Aborto e nuova sessualitá. La situazione oggi sul piano sociale e político, «Anime e Corpi», 1987, 129, 33-48.

—, Morte cerebrale in donna grávida: é lecito il prolungamento artificíale della vita?, «Medicina e Morale», 1988, 6, 985-987.

Spaziante G., La legge 194/1978 quattro anni dopo. Obiezione di coscienza e pos-sibilitá di prevenzione dell'interruzione volontaria della gravidanza, «Medicina e Morale», 1983, 1, 25-41.

—, Motivazioni mediche addotte per Vaborto procurato ih ospedale, «Anni di Ostetricia e Ginecologia in Medicina Perinatale», 1983, gennaio-febbraio, 32 ss.

Stella F., L'aborto come MEATO pénale, «Medicina e Morale», 1974, 2, 243-249.

—, La situazione legislativa in mérito alia obiezione sanitaria in Europa, «Medicina e Morale», 1985, 2, 281-302.

Tertulliano, Quaestiones disputatae: De anima, c. *XIX, PL* II, 682.

Tettamanzi D., Comunitá cristiana e aborto, Paoline, Alba 1975.

—, Problemi morali circa la cooperazione all'aborto, «Medicina e Morale», 1978, 3, 396-427.

—, Aids e aborto. Difendere il nascituro anche se ammalato, «Prospettive nel mondo», 1987, 127, 64-67.

—, L'aborto: legge, coscienza e chiesa, in Bioética. Nuove frontiere per Vuomo, Piemme, Cásale Monferrato 1990, pp. 303-334.

THIBAULT C, *Levasseur* M.C., L'implantation. Le role de l'embryion, en *Netter* A., *Gorins* A. (eds.), Actuantes gynécologiques, Masson, París 1986, pp. 121-134.

Tomás de Aquino (San), Quaestiones disputatae: De potentia, , M , a. *IX,* ad 12, 13, 15, Marietti, Cásale Monferrato 1953.

—, Quaestiones disputatae: De spiritualibus creaturis, ad 13, Gregorianum, Roma 1946.

Troisfontaines R., Faut-il légaliser l'avortement?, «Nouvelle Revue de Théologie», 1971, 103, 500.

Varga A.C., The ethics of infant euthanasia, in The main issues in bioethics, Paulist Press, New York 1984, pp. 287-302.

V *endito* R., Le ragioni dell'obiezione di coscienza, Ed. Gruppo Abele, Torino 1986.

Verspieren P. (ed.), Biologie, médecine et éthique. Textes du Magistére catholique, Le Centurión, París 1987.

Warnock M., Do human cells have rights, «Bioethics», 1987, 1, 1-14.

Williams G.H., The sacred condominium, en *Noonan* J. (ed.), The morality of abortion, Harvard Univ. Press, Cambridge 1977, pp. 146-172.

Willke J.C., Manuale sull'aborto, Amici per la Vita, Milán 1981.

Zanchetti M-, La legge sull'interruzione della gravidanza. Commentario sistemático alia legge 22 maggio 1978, n. 194, Cedam, Padua 1992.

Zatti M., La prospettiva del biólogo (Statuto biológico dell'embrione), en *Aa. Vv.,* Procreazione artificíale e intervento nella genética umana, Cedam, Padua 1987, pp. 180-193.

Zichella L., *Cersosimo* L. (coord.), Aspetti medid psico-sociali e legali dell'interruzione volontaria di gravidanza, Meditalia, Roma 1986.

[395]

CAPÍTULO 10
Bioética y tecnologías de fecundación humana

Definición del problema ético

Fecundación significa e implica «activar» un nuevo individuo; cuando se trata del hombre, la fecundación esjjnónjrno de procreación. Ahora bien, este tipo de intervención biomédica y técnica no puede ser valorado lo mismo que cualquier otro acto fisiológico y técnico, como podría ser, por ejemplo, la diálisis renal, que, al no poder efectuarse dentro del organismo de manera orgánica, se practica desde fuera artificialmente, sin que este hecho comporte de suyo problemas éticos.

La fecundación o procreación humana es un acto personal de la pareja y da como resultado un individuo humano. Este hecho involucra a la responsabilidad de los cónyuges, a la estructura misma de la vida conyugal, así como al destino de la persona que es llamada a la existencia.

Para el creyente, en el proceso de la fecundación —denominado más propiamente «procreación»— el Creador actúa directamente, al crear el alma espiritual y, mediante ésta, al llamar a la vida a una nueva persona elevada, por el Misterio de la Encarnación, a formar parte del Cuerpo Místico de Cristo.

El tema entra en el ámbito médico por una razón: la curación de la infertilidad, femenina o masculina. El problema ético que hay que aclarar es el siguiente: ¿hasta qué punto el acto médico —la intervención del médico o del biólogo— tiene un carácter terapéutico, y hasta qué punto se convierte en un acto sustitutivo y de manipulación? Curar significa eliminar obstáculos, ayudar a los procesos; no quiere decir sustituir la responsabilidad de las personas, en este caso de la pareja, en lo que es propio de ella, exclusivo e inalienable.

Por esta razón, y a partir del conocimiento de las posibilidades que la ciencia y la técnica ofrecen, debemos preguntamos hasta qué punto la fecundación artificial in útero o in uitro entra en la actividad lícita del biólogo o del médico. Esto implica una referencia central a los valores humanos —la persona del ser naciente, la naturaleza del matrimonio— en cuestión. La solución ética iluminará también el problema

[396]

social y jurídico planteado por este tipo de intervención médico-biológica. La bioética está involucrada plena y legítimamente.

Hay que añadir que los valores humanos implicados en el problema que examinamos tienen un alcance cultural mucho mayor de lo que pudiera parecer a primera vista. Están en juego las relaciones de armonía y de equilibrio entre «amor» y «vida» en el matrimonio, entre libertad y responsabilidad en la profesión médica, entre naturaleza y persona al interior de la vida humana, entre la técnica y la moral en la medicina y la bioingeniería. Son problemas que marcan a toda la crisis cultural de nuestro tiempo y caracterizan el difícil encuentro entre el homo sapiensy el homo faber. Por esta razón, no enfrentamos una simple «casuística» mé-dica, sino que las conclusiones éticas se sitúan en una dimensión ético-cultural de más amplio alcance[495].

Nos encontramos en un punto crucial de las aplicaciones científicas y técnicas en el hombre, cuando es más necesario que nunca distinguir entre lo que es técnicamente posible (e incluso útil) y lo moralmente lícito. Se trata, además, de un punto capital del comportamiento de la pareja y del médico, donde la moralidad debe fundamentarse en criterios de objetividad ética y no simplemente en la intencionalidad.

Se sabe, en efecto, que la moralidad de la intencionalidad no basta para definir un acto como éticamente positivo, puesto que la intención buena en un acto que en sí es incorrecto, puede excusar de la culpa subjetiva o de la imputación jurídica, pero no salvaguarda ei bien integra!

---

[495] Juan Pablo II, en un discurso pronunciado el 4 de diciembre de 1982, retomando lo que dijera en la UNESCO el 2 de junio de 1980, afirmaba: «Uno de los más graves riesgos a los que está expuesta nuestra época es de hecho el divorcio entre ciencia y moral, entre las posibilidades que ofrece una tecnología proyectada hacia metas cada vez más sorprendentes, y las normas éticas que emergen de una naturaleza cada vez más descuidada. Es necesario que todas las personas responsables estén de acuerdo en reafirmar la prioridad de la ética sobre la técnica, la primacía de la persona sobre las cosas, la superioridad det espíritu sobre la materia. Sólo con esta condición el progreso científico, que en tantos aspectos nos entusiasma, no se transformará en una suerte de Moloc que devora a sus incautos secuaces» (JUAN PABLO II, A fos participantes en la Reunión del «Movimiento pro Vida», 3 de marzo de 1992, en Insegnamenti di Giovanni Paolo ¡I, vol. 3, p. 1513. En la Instrucción de la CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, se lee: «Valiosos recursos de! hombre cuando se ponen a su servicio y promueven su desarrollo integral en beneficio de todos, la ciencia y la técnica no pueden indicar por sí solas el sentido de la existencia y del progreso humano. Por estar ordenadas a! hombre, en el que tienen su origen y su incremento, reciben de la persona y de sus valores morales ia dirección de su finalidad y la conciencia de sus límites.

Sería, por ello, ilusorio reivindicar la neutralidad moral de la investigación científica y de sus aplicaciones. Por otra parte, los criterios orientadores no se pueden tomar ni de la simple eficacia técnica, ni de la utilidad que pueden reportar a unos a costa de otros, ni, peor todavía, de las ideologias dominantes. A causa de su mismo significado intrínseco, la ciencia y la técnica exigen el respeto incondicional de los criterios fundamentales de la moralidad: deben estar al servicio de la persona humana, de sus derechos inalienables y de su bien verdadero e integral según el plan y la voluntad de Dios» (Introducción, n. 2)

de la persona, y de la persona en su integridad. Una acción buena no realizada (y, a mayor abundamiento, una acción mala) dejará

[397]

al mundo más pobre, cualquiera que sea la intención por la que el sujeto haya hecho esa elección[496]. La intención de curar una esterilidad no justifica el recurrir a cualquier medio o a cualquier proceso posible para lograr la concepción.

Algunas distinciones

Siguiendo la Instrucción de la Congregación para la Doctrina de la Fe sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación («Donum Vi-tae»)[497], podemos hacer una primera distinción, éticamente importante además de técnicamente necesaria, entre fecundación artificial homologa y fecundación artificial heteróloga.

La fecundación artificial homologa designa las técnicas dirigidas a lograr la concepción humana a partir de los gametos de dos esposos unidos en matrimonio. Puede ser actuada con dos métodos diversos: la fecundación in vitro homologa con embryo-transfer (FIVET homologa), en la cual el encuentro de los gametos se efectúa in vitro {fecundación extracorpórea), y la inseminación artificial homologa **(AIH),** al transferir a las vías genitales de una mujer casada el semen previamente tomado del marido (fecundación intracorpórea).

La fecundación artificial heteróloga designa, en cambio, las técnicas encaminadas a lograr una concepción a partir de los gametos provenientes de al menos un donador diverso de los dos esposos unidos en matrimonio.

Puede realizarse de forma intracorpórea (inseminación artificial heteróloga, la IAHE, con esperma recogido anteriormente de un donador diferente del marido) o de forma extracorpórea (fecundación in vitro heteróloga con embryo-transfer, la FIVET heteróloga).

En el caso de la fecundación artificial in vitro se ha formulado también una hipótesis ulterior," con su distinción correspondiente: la transferencia del embrión puede ser hecha directamente al útero «materno» o bien utilizando la surrogate mother o «madre sustitutiva». Las hipótesis se complican luego todavía más si se procede recurriendo

---

[496] En particular por lo que se refiere a la procreación humana, el CONCIUO VATICANO II afirma: «Cuando se trata de conjugar el amor conyugal con la responsable transmisión de la vida, la índole moral de la conducta no depende solamente de la sincera intención y apreciación de los motivos, sino que debe determinarse con criterios objetivos tomados de la naturaleza de la persona y de sus actos, criterios que mantienen íntegro el sentido de la mutua entrega y de la humana procreación» {Gaudium et Spes, n. 51).

[497] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., parte o: Intervenciones sobre la procreación humana.

a un «banco» de semen, congelado o no en nitrógeno líquido; y, finalmente, si se procede al congelamiento no sólo del semen, sino también de los óvulos o de los embriones. En este último caso, que técnicamente se va abriendo paso,

---

[398]

pueden darse eventualmente ulteriores complicaciones jurídicas, como la muerte de los padres destinatarios del ser naciente que lo encargaron, después de haber implantado ya el embrión en la «madre sustitutiva». Todo esto origina complejos casos jurídicos de filiación y de atribución de la herencia. De las múltiples implicaciones ético-jurídicas nos ocuparemos más adelante. Recientemente se han puesto a punto nuevas técnicas de fecundación artificial con unión intracorpórea de los gametos como la GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer), en la que los gametos masculinos y femeninos son transferidos por separado a la trompa de Falopio, la LTOT [Low Tubal Oocyte Transfer, transferencia ovocitaria en la trompa proxi-mal) y la DIPI [Direct Intra Peritoneal Insemination, o transferencia intrauterina de gametos).

Además de las técnicas de fecundación asistida, existen otras maneras de «venir al mundo», como puede verse en la tabla 1. Por esta razón, dedicaremos también unos momentos de reflexión a valorar estas tecnologías.

Acrónimo	*Técnica*
CIV	**Cultivo intravaginal**
DIFI	**Inseminación ¡ntrafolicular directa**
FIVET	**Fecundación** *in vitro* **con transferencia embrionaria**
GIFT	**Transferencia intratubárica de los gametos**
GIPT	**Transferencia intraperitoneal de los gametos**
GIUT	**Transferencia intrauterina de óvulos y esperma**
IA	**Inseminación artificial**
ICI	**Inseminación intracervical**
IPI	**Inseminación intraperitoneal**
ITI	**Inseminación intratubárica**
IUI	**Inseminación intrauterina**
LTOT	**Transferencia ovocitaria en la trompa proximal**
MESA	**Aspiración de los espermatozoides del epidídimo y subsiguiente TEST**
OPT	**Captación ovocitaria y transferencia intrauterina**
PRETT	**Transferencia intratubárica del pre-embrión**
PROST	**Transferencia intratubárica en el estadio de pronúcleo**
SUZI	**Inseminación sub-zonal del ovocito**
TC-GIFT	**GIFT transcervical**
TC-TEST	**TEST transcervical**
TEST	**Transferencia intratubárica del embrión**
VITI	**Inseminación intratubárica por vía vaginal**
ZI FT	**Transferencia intratubárica del cigoto.**

CUADRO 3. Posibles **intervenciones de fecundación asistida** (Modificado de: J. TESTARD, «Le capharnaum des fécondatlons artificielles», Le Monde, 3 de enero de 1990)

[399]

LA INSEMINACIÓN ARTIFICIAL (IA) **Datos históricos y estadísticos**

Después de los estudios e intentos fallidos de Malpighi y Bibbiena sobre el gusano de seda en 1600; tras los resultados, no enteramente comprobados, obtenidos por Jacopi y Weltheim en 1725 trabajando con huevas de salmón y de trucha, y después de los estudios del sueco Clerck sobre la araña, el primero en tener éxito en una perrita fue Lazzaro Spallanzani en 1782.

Tres años más tarde, en 1785, Thouret logró curar la infertilidad de su propia mujer mediante inyección intravaginal de líquido seminal. Posteriormente, Girault obtuvo éxito tras 30 años de intentarlo, y el ginecólogo Marión Sims logró un sólo resultado positivo en 55 intentos de inyección directa en el útero.

En 1884 Pancoast hizo la primera inseminación heteróloga. A partir de ese momento el método despega en la práctica y en la literatura médica.

Parece comprobado que el porcentaje de éxito fue notablemente más alto con semen heterólogo que con el semen marital. El semen del

donador presenta, además, una mayor ventaja: la de superar el obstáculo de la esterilidad masculina. De esta manera, el Prof. Giarola (1976) habla de 895 embarazos entre 1,351 inseminaciones con semen ajeno, y de 265 entre 1,324 con semen marital; Gardelli (1981) señala 972 embarazos entre 1,605 inseminaciones con semen ajeno, y 389 embarazos de 3,050 inseminaciones con semen marital.

Habría que verificar, además, si la esterilidad dependía en cada caso de defectos del aparato genital femenino o bien, e incluso, de escasa fertilidad del semen marital[498].

La práctica de la inseminación artificial ha tenido en Italia un desenvolvimiento más lento que en otros países, especialmente Estados Unidos. Algún autor ha dicho que en 1981 debían de existir en el mundo más de medio millón de hijos de donador desconocido[499].

En Europa las cifras de 1981 equivalían a una décima parte de las de Estados Unidos, y en Italia parecían girar en torno a las 300 anuales de IAH. Es obvio que las cifras y las estadísticas son aproximadas y difíciles de calcular, al cambiar continuamente[500]. Por lo que a Italia se refiere, la primera vez que se habló de inseminación

---

[400]

artificial fue en el XXII Congreso de la Sociedad Italiana de Obstetricia y Ginecología de 1923 en un informe presentado por Alfieri, y luego en 1935, en el XXXV Congreso de la misma Sociedad, con un informe de Tesauro.

En el bienio 1933-1935, Berretti practicó en Turín ocho casos de inseminación artificial, pero no comunicó los resultados. En Bari, G. Traina dio a conocer la actividad del Centro para el Estudio y la Terapia de la Esterilidad de la Clínica gineco-obstétrica de la Universidad, donde, de 1936 a 1942, se practicó la inseminación artificial en 16 parejas estériles, logrando tres embarazos (el 18 por ciento, porcentaje referido a la inseminación homologa)[501].

Mientras en el extranjero se estaba trabajando ya sobre la inseminación con semen congelado (bancos de semen), en 1949 el padre A. Gemelli intervino en un debate con un trabajo (La fecundación artificial, Milán 1949), que influyó grandemente en las posiciones éticas no sólo de los moralistas, sino también de los ginecólogos.

---

[498] Sobre estos datos histórico-estadísticos, véase **Di** IANNI M., VOZ Fecondazione artificíale, en Di-zionario Enciclopédico, pp. 401-403.

[499] LEUZZI L, // dibattito sull'inseminazione artificíale, «Medicina e Morale», 1982, 4, pp. 343-370, con amplia bibliografía actualizada. Véase también FRANKLEL, M.S., voz Artificial insemination, en REICH (ed.), Enciclopedia of Bioethics, pp. 1444-1448.

[500] MASELUS F., Argomenti di medicina pastorale, Brezzo di Bedero 1981, p. 121.

[501] CLAUSER F., BAILO P., ALFIERI P., Problemi medico-morali, Bergamo 1958; véase la bibliografía contenida en el trabajo de LEUZZI, // dibattito sull'inseminazione artificiale.

En el Congreso celebrado en Salice Terme el 28 de junio de 1959, la Sociedad Italiana de Medicina Social adoptó la siguiente posición sobre el tema de la inseminación artificial:

«Es lícita la inseminación artificial intraconyugal cuando representa el único medio para corregir una malformación congènita o causada por enfermedad, de manera que se puede parangonar con la intervención correctora del cirujano sobre lo que la naturaleza ha producido. En cambio, es ilícita, peligrosa, precursora de graves daños biológicos y morales para la humanidad, la inseminación artificial con semen heterólogo, la cual por tanto se ha de descartar y desterrar decididamente, tanto desde el punto de vista jurídico como del biológico y ético»[502].

Tales conclusiones influyeron en la práctica médico-ginecológica italiana, en la que se sigue echando en falta todavía alguna legislación normativa al respecto. En 1977, Traina presentó en Florencia, en el IV Curso de actualización sobre la esterilidad conyugal, los resultados de 241 tratamientos de la esterilidad conyugal con IAH y en el V Curso, celebrado también en Florencia en 1978, comunicó los primeros resultados con semen congelado, así como el establecimiento de un banco de semen en Bari. Después de éste, otros «bancos» comenzaron a funcionar en Roma, Palermo y Verona; en la actualidad, existen en muchas otras ciudades.

---

[401]

Indicaciones médicas, técnicas de empleo y resultados

Indicaciones médicas

La inseminación artificial homologa está «indicada» en algunas formas de esterilidad femenina (vaginismo, malformaciones y patologías inflamatorias de la vagina, del cuello uterino o del útero) y de esterilidad masculina (impotencia oligospérmica de origen psicògeno y orgánico, eyaculación retrógrada, hipospadia, oligoaste-nospermia) y de la pareja (producción, por parte de la mujer, de anticuerpos contra el semen del marido)[503].

---

[502] TRAINA G., L'inseminazione artificiale eterologa, en SCHOYSMANN R., BETOCCHI S., BOSCIA F.M. (coord.), Inseminazione artificiale umana: Atti del li Seminario Internazionale, Bari 12-15 maggio 1980, Palermo 1981. Véase LEUZZI, // dibattito sull'inseminazione artificiale, p. 348.

[503] Véase sobre el tema: DIAMOND M., CHRISTIANSON C, DANIELL J.F., Pregnancv following use of the cervical cup for home artificial insemination utilizing homologous semen, «Fertility and Sterility» 1983, 4, pp. 480 ss.; TRAINA V., MANCINI C, MINIELLO G., L'inseminazione artificiale. Timing e tecnica, en Actas del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Italiana para el Estudio de la Fertilidad y la Esterilidad (S1FES), Salsomaggiore Terme 1986; GARCEA M., La procreazione assistita, en MANCUSO S., SGRECCIA E. (coord.), Trattamento della sterilità coniugale, Milán 1988, pp. 145-159. Sobre los aspectos técnicos de la inseminación artificial, véase: ETHICS COMMITTEE OF AMERICAN FERTILTTY SOCIETY, Ethical considerations of the new reproductive technologies, «Fertility and Sterility», 1986, 46, 3, suppl. 1, pp. 345-385; RODRÍGUEZ

Otra indicación para la A1H es la de preseleccionar el sexo con la finalidad, por ejemplo, de evitar la transmisión de particulares enfermedades genéticas ligadas al sexo.

Antes de recurrir al uso de la inseminación artificial habría que evaluar la posibilidad de efectuar otras intervenciones encaminadas específicamente a suprimir las causas de la infertilidad, de tal manera que la inseminación artificial debería constituir la última hipótesis. De todos modos, no siempre resulta éticamente aceptable.

En el caso de la inseminación artificial de donador heteróloga (dejando a un lado las cuestiones morales), las indicaciones que se proponen se refieren obviamente al hombre, y están relacionadas sobre todo con la aspermia, la astenosper-mia y la oligospermia, o con la prevención de enfermedades sexualmente transmitidas (como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA), o de enfermedades genéticas.

Hay que hacer notar que en el caso de la donación del esperma, la instancia eugenésica es-invocada continuamente en las indicaciones que se dan sobre la calidad del donador, con expresiones como: «que sea padre de una prole hermosa y sana», «se ha de preferir al donador que se asemeje al padre por las cualidades físicas, raciales, intelectuales y morales (sic!)», etcétera[504].

---

[402]

Existen también, obviamente, contraindicaciones para la inseminación artificial: por ejemplo, si la mujer presenta inviabilidad tubárica, endocrinopatías, enfermedades transmisibles, o si es de edad muy avanzada.

Técnicas de empleo

El semen masculino que se va a utilizar en la inseminación artificial puede obtenerse inmediatamente antes de transferirlo a las vías genitales femeninas —utilizándose, así, «frescos»— o se puede obtener con mucha antelación y conservarlo mediante congelación {crioconservación), descongelándolo poco antes de introducirlo en las vías genitales femeninas.

LUÑO A., LÓPEZ MONDÉJAR R., La fecondazione in vitro, Roma 1982, pp. 40-42; PASETTO N., Aspetti biologici e clinici della fecondazione artificiale, en ZUANAZZI G.F. (coord.), Fecondazione artificiale ed embryotransfer, Verona 1986, pp. 25-37; BOMPIANI A., Problemi biologici e clinici dell'ingegneria genetica, en CONCETTI G. (Coord.), Bambini in provetta, Roma 1986, pp. 63-73; CURSON R., PARSON J., Disappointing results with direct intraperitoneaì insemination, «Lancet», January 10, 1987, p. 112.

[504] CÁRDENTE R., La fecondazione artificiale, «lustitia», 1950, 3, p. 21; SIMILI A., La fecondazione artificiale umana, Turín 1961, p. 47.

En cuanto a las modalidades de obtención del semen, ésta puede hacerse en conexión con la relación sexual, después de realizarse ésta, o sin relación alguna con ella.

1) En conexión con la relación sexual:

– a continuación del «coitus interruptus», recogiendo de inmediato el semen en una cápsula estéril;

– utilizando un preservativo (condón);

2) Después de la relación sexual:

– con condón perforado, que permite recoger una parte del semen;

– tomando el semen del fondo de la vagina;

– recogiendo el semen que queda en la uretra masculina;

– en el caso de la eyaculación retrógrada, recogiendo el semen dentro de la vejiga junto con la orina tratada previamente con una «base» antiácida.

3) Al margen de la relación sexual:

– mediante masturbación;

– extrayendo el esperma de la uretra después de una polución involuntaria;

– con electroeyaculación;

– exprimiendo la próstata y las vesículas seminales;

– con punción del epidídimo o del canal deferente;

– mediante biopsia testicular.

Las últimas técnicas, exclusivamente instrumentales, son consideradas por algunos como menos válidas, puesto que el semen obtenido, pero no eyaculado, no podría fecundar el óvulo, al no estar «capacitado» para ello.

Una vez obtenido, el semen se transfiere a las vías genitales femeninas, en el momento del ciclo menstrual más próximo a la ovulación, espontánea o inducida mediante la administración de hormonas, como las gonadotropinas humanas menopáusicas (hMG) y sucesivamente las gonadotropinas coriónicas humanas (hCG), o sólo de citrato de clomifeno.

---

[403]

El esperma puede ser depositado en diversos tractos de las vías genitales femeninas, según el tipo de obstáculo que se desee eliminar: en la vagina, cuando se trata, por ejemplo, de una impotentia coeundi (inseminación intravaginal); a nivel intracervicai —si no es viable la abertura uterina (inseminación intrauterina)— o tubárico (inseminación intratubárica);o finalmente, a causa de oligoastenospermias graves, a nivel intraperitoneal (inseminación intraperitoneal directa), desde donde los espermatozoides ascienden hacia la trompa. También se puede efectuar en varios sitios simultáneamente.

Cuando en una pareja, legítimamente constituida, se utiliza el semen del marido, obtenido en estrecha conexión o inmediatamente después del acto conyugal, algunos moralistas hablan de inseminación

artificial homologa «impropiamente dicha», para distinguirla de la forma «propiamente dicha» que comporta la obtención del semen fuera de la relación sexual[505].

Los resultados

El éxito de la IAH varía según la técnica utilizada y las indicaciones. Los mejores resultados se obtienen en las parejas cuyo compañero masculino tiene semen normal.

El embarazo se logra, por término medio, en el 25 por ciento de los casos tratados.

El porcentaje de éxito de la IAHE en términos de nacidos por ciclo de terapia, varía desde el 10 por ciento con semen congelado, al 20 por ciento con semen fresco; esta discrepancia habría que atribuirla al hecho de que el potencial de fertilidad del semen congelado se ve reducido por daños ultraestructurales originados por el proceso de congelación[506].

La valoración ética de la inseminación artificial intracorpórea

En cuanto a la valoración moral de la inseminación artificial, los problemas que se plantean se refieren a la finalidad que se quiere buscar al intervenir sobre la vida y la relación de pareja, pero conciernen también a los métodos utilizados y las técnicas que se emplean; respecto de los fines, en el caso de IAHE hay que tener presente la finalidad eugenésica —aunque no exista esterilidad del cónyuge masculino—, además de la terapéutica.

Es obvio que la primera en tomar posición sobre esta materia fue la Iglesia católica a través del Magisterio y de la reflexión teológica; razón por la cual habremos

---

[404]

de referirnos a muchos testimonios de este tipo, los cuales, por lo demás, al igual que la reciente Instrucción citada, ofrecen asimismo motivaciones de carácter racional y antropológico[507].

---

505 LEUZZI, Il dibattito sull'inserninazione artifícíale, pp. 350-353.

506 GARCEA N., Tecniche di procreazione assistita, «Medicina e Morale», 1989, 1, pp. 59-66.

507 Pío Xli, Alocución a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos, 29 de septiembre de 1949, en Discorsi e Radiomessaggi, xi, Ciudad del Vaticano 1960, pp. 221-225; ID., Alocución a las participantes en la Reunión de la Unión Católica de Comadronas, 29 de octubre de 1951; ID., Alocución a los participantes en el II Congreso Mundial de la Fertilidad y Esterilidad, 19 de mayo de 1956, en Discorsi e Radiomessaggi, XVIII, 211-221; ID., Alocución a los participantes en el VII Congreso Internacional de Hematología, 12 de septiembre de 1958, ibi, xx, pp. 341-352; JUAN XXIII Encíclica «Mater el Magistra»; CONCIUO VATICANO II, Gaudium et Spes, n. 51; PABLO VI, Encíclica «Humanae Vitae», n. 12; CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre Ciertas cuestiones...; ID., Instrucción... Citamos

En relación con la naturaleza y la estructura de la procreación humana en la familia, el análisis moral del problema será distinto según se trate de la inseminación artificial homologa o heteróloga.

Ante todo, volvamos a recordar aquí cuanto dijimos en el capítulo correspondiente sobre la problemática de la procreación en general.

La procreación no es un hecho meramente biológico del hombre, sino un acto «personal» y «conyugal»; esto quiere decir que, para que sea humana, la procreación exige que sea un acto que involucre libre y responsablemente a la totalidad de cada una de las personas de los cónyuges en forma exclusiva; la procreación es una encomienda esencial, exclusiva, personal hecha a las personas de los cónyuges, los cuales están llamados a participar en ella con el don total de su propio ser personal: de su cuerpo, su corazón y su espíritu. El componente biológico se inscribe en la totalidad de la persona y en el componente psicológico y espiritual, y viceversa. Separar en la procreación el componente biológico del afectivo y espiritual, equivale a producir una división no natural en la persona y en el acto sexual, que expresa el don conyugal; significa separar la vida del amor.

No hay una persona que no sea cuerpo, psique y espíritu; no se da ejercicio humano y personal de la sexualidad que no involucre cuerpo, psique (corazón) y espíritu; y no se da, tampoco, acto sexual alguno que sea moralmente honesto y recto, que no esté inscrito en la conyugalidad y en el don recíproco y unitotal de las personas.

---

[405]

«Por tanto, la fecundación se quiere lícitamente cuando ésta es el término de un "acto conyugal de suyo idóneo a la generación de la prole, al que se ordena el matrimonio por su propia naturaleza y por el cual los cónyuges se hacen una sola carne"». Pero «la procreación queda privada de su perfección propia, desde el punto de vista moral, cuando no es querida como el fruto del acto conyugal, es decir, del gesto específico de la unión de los esposos»[508].

A este propósito debemos recordar —como decíamos ya en capítulos anteriores— que en la persona humana pueden expresarse tres

---

a continuación y a manera de resumen, lo que Pablo VI afirma en la Humanae Vitae en el cap. 12: «Esta doctrina, muchas veces expuesta por el Magisterio, está fundada sobre la inseparable conexión que Dios ha querido, y que el hombre no puede romper por propia iniciativa, entre los dos significados del acto conyugal: el significado unitivo y el significado procreador. Efectivamente, el acto conyugal, por su íntima estructura, mientras une profundamente a los esposos, los hace aptos para la generación de nuevas vidas, según las leyes inscritas en el ser mismo del hombre y de la mujer. Salvaguardando ambos aspectos esenciales, unitivo y procreador, el acto conyugal conserva íntegro el sentido de amor mutuo y verdadero y su ordenación a la altísima vocación del hombre a la paternidad. Nos pensamos que los hombres, en particular los de nuestro tiempo, se encuentran en grado de comprender el carácter profundamente razonable y humano de este principio fundamental».

[508] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. II, n. 4.

niveles de actividad: el nivel biológico propio de las funciones de la vida orgánica no «voluntaria» (digestión, metabolismo, etcétera); el nivel de la productividad, que parte de la persona y que tiene por objeto las cosas; y el nivel propiamente personal, que implica la revelación de la persona y la relación del espíritu y del «yo» a través del signo corpóreo y el lenguaje corporal, como en todas las relaciones humanas.

El acto procreador no puede ser un acto meramente biológico, como la mezcla de elementos bioquímicos, ni una actividad de tipo productivo propia de la producción de objetos, sino que, para estar a nivel personalista, de una sexualidad responsable y de reciprocidad interpersonal, deberá realizarse mediante la donación de las personas, una donación que trasciende y transfigura el hecho biológico, una dimensión espiritual que no puede adecuarse a una técnica de tipo productivista o a una combinación de gametos.

Moralidad, por consiguiente, quiere decir unidad y totalidad. Esta premisa debe mantenerse y tomarse en consideración no sólo ante el problema de la «regulación de los nacimientos», sino también en relación con este tema de la inseminación artificial. En uno y otro caso está en juego uno de los «puntos» que cohesionan y unen al desarrollo de la humanidad: el puente entre la «naturaleza» y la «persona».

Hay que repetir aquí cuanto hacíamos notar en el capítulo sobre la procreación en general: la moral no se ha de entender —especialmente la «católica»— como expresión de la vitalidad del hombre, sino, por el contrario, como expresión total y unificada de los componentes de la vida humana.

Aspectos morales de la inseminación artificial homologa

Este tipo de inseminación no presenta, en general, contraindicaciones o dificultades de orden moral, siempre que se trate de una ayuda terapéutica e integradora, encaminada a hacer que el acto conyugal, en sí completo en todos sus componentes (físicos, psíquicos y espirituales), pueda tener un efecto de procreación.

Tampoco para el Magisterio de la Iglesia católica esta práctica plantea problemas éticos, con tal que se apliquen unas técnicas (particularmente para la obtención

---

[406]

del semen) que sean, también ellas, morales. Tras su obtención, el semen puede ser tratado asimismo lícitamente, para una mejor «capacitación».

La valoración moral de la inseminación artificial homologa, de todos modos, es diferente según se trate de auténtica inseminación artificial o de una simple ayuda al acto conyugal.

En el caso de la inseminación artificial «impropiamente dicha», se proporciona una ayuda técnica para que el semen, eyaculado en el

ámbito y en coincidencia con el acto conyugal, pueda unirse al óvulo y se realice la fecundación.

El Magisterio católico (antes con Pío XII y luego con Pablo VI en la Humanae Vitae) ha puntualizado en la Instrucción «Donum Vitae» algo insoslayable: la salvaguardia de la unidad físico-espiritual del acto conyugal, de tal manera que se declara que es lícita la intervención del ginecólogo, siempre y cuando sirva de ayuda y complementación para que este acto tenga eficacia, pero no que lo sustituya. Como decíamos antes, Pío XII, en repetidas intervenciones sobre el tema que no podemos citar por extenso, reiteraba:

«El acto conyugal en su estructura natural, es una acción personal, una cooperación simultánea e inmediata de los cónyuges, que por la misma naturaleza de los agentes y la propiedad defacto, es la expresión del don recíproco que, según la palabra de la Sagrada Escritura, efectúa la unión en una sola carne. Esto es mucho más que la unión de dos gérmenes, que se puede llevar a cabo incluso artificialmente, es decir, sin la acción natural de los cónyuges. El acto conyugal, ordenado y querido por la naturaleza, es una cooperación personal, cuyo derecho se intercambian los esposos aEcontraer matrimonio» {Discurso a la Unión Católica Italiana de Comadronas, 29 de octubre de 1951). Y en otras varias ocasiones volvió a repetirlo, casi con las mismas palabras: «Con esto, sin embargo, no se pretende prohibir el uso de algunos medios artificiales destinados exclusivamente sea a facilitar el acto natural, sea a procurar que el acto natural realizado de modo normal alcance su propio fin» (Discurso a ¡os participantes en el II Congreso Mundial de la Fertilidad y Esterilidad, 19 de mayo de 1956).

En la reciente Instrucción «Donum Vitae» se reitera y aclara la posición católica respecto de la inseminación artificial.

Para definir como lícito un procedimiento de procreación no basta la intención, aunque sea legítima, de los esposos de tener un hijo, sino que también han de ser lícitos los medios y los modos: por consiguiente, la concepción es lícita cuando es el término de

«un acto conyugal de suyo idóneo a la generación de la prole, al que se ordena el matrimonio por su propia naturaleza y por el cual los cónyuges se hacen una sola carne»[509]. Sin embargo, una procreación está privada de su perfección si

---

[407]

no es fruto de la unión tanto física como espiritual de los esposos: «La procreación de una nueva persona, en la que el varón y la mujer colaboran con el poder del Creador, deberá ser el fruto y el signo de la mutua donación personal de los esposos, de su amor y de su fidelidad. La fidelidad de los esposos, en la unidad del matrimonio, comporta el

[509] Código de Derecho Canónico, can. 1061.

recíproco respeto de su derecho a llegar a ser padre y madre exclusivamente el uno a través del otro»[510].

Se sigue de ello que la inseminación artificial homologa que implique una disociación entre la unión de los cónyuges y la procreación, «no puede admitirse, salvo el caso en que el medio técnico resulte no constitutivo del acto conyugal, pero se configure como una facilitación y una ayuda para que logre su objetivo natural»[511]. Y la única forma de intervención que puede ser considerada como «ayuda» en el acto conyugal es, como ya hemos dicho, la inseminación artificial impropiamente dicha.

Llegados a este punto, debemos aclarar qué entiende el Magisterio católico cuando pide respetar la estructura natural del acto procreador. Quien, en efecto, defiende la licitud de la fecundación asistida por lo menos en la forma homologa, acusa al Magisterio católico de referirse a un concepto fixista y biologista de la ley natural, añadiendo que, al ser la técnica humana fruto del hombre, el lograr la procreación a través de la tecnología no tendría nada de inhumano. Se sostiene, finalmente, que el Creador habría concedido al hombre la capacidad de dominar no sólo a la naturaleza exterior, sino también a su propia naturaleza, tal como se hace con muchos procedimientos y tecnologías médicas.

A este propósito quisiera simplemente ofrecer algunos elementos de reflexión, puesto que el tema se habría de abordar ampliamente a partir de una adecuada discusión sobre qué es lo que se debe entender por ley natural.

a) La naturaleza de la que hablan los documentos del Magisterio católico, y cuyo respeto se pide, no es en sí solamente la naturaleza biológica, el bios, sino la naturaleza en sentido metafísico, es decir, la característica estructural de la persona humana, gracias a la cual la persona humana es la que es: una individualidad en la que espíritu y cuerpo están unidos de tal manera que en el cuerpo se encama y se manifiesta el espíritu; y es el espíritu el que informa, estructura y vivifica a la corporeidad. La naturaleza es, pues, lo que constituye a la persona humana en su esencia unitotal.

b) La ley de la que hablan los documentos del Magisterio católico es la ley moral natural, no una ley física y biológica. La ley biológica se actúa siempre incluso en la procreación asistida, porque si no se la respetase juntando el gameto masculino y el femenino, no se produciría la fecundación. Lo

---

[408]

que no se respeta es la ley moral natural que obliga a considerar al hombre como persona en la totalidad, y al acto procreador como expresión del espíritu y del amor personal en la corporeidad que se da.

---

[510] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA Fe, Instrucción**...,** p. II, n**.** 1.

[511] Ibi, **p. II, n.** 6.

Lo que se condena no es la técnica ni la aplicación de la tecnología a la corporeidad humana, sino el hecho de que este tipo de uso introduce una separación y un dualismo entre la dimensión biológico-fecundante y la dimensión espiritual del «yo» esponsal.

Los criterios indicados por la Instrucción «Donum Vitae» pretenden excluir, por tanto, la legitimación de la moral en sentido puramente subjetivo (moral de la intencionalidad).

Un punto crucial era el de saber y aclarar si, en los dos esposos que viven la unión conyugal legítima y completa y desean tener un hijo, el hecho de que se obtenga el semen fuera del acto aislado, «rodeando» un obstáculo y actuando en un momento distinto del acto conyugal enteramente realizado, se determina una separación real entre el elemento físico de la procreación y su componente psico-espiritual en el acto conyugal en particular, o bien si se debe pensar que la separación se refiere no a la dimensión física del acto, sino simplemente a un particular momento o efecto de tal dimensión, que es precisamente la inseminación.

La Instrucción «Donum Vitae» ha indicado que la globalidad de la vida conyugal no basta para asegurar la dignidad adecuada a la procreación humana[512], cuando se prescinde de los actos aislados que se llevan a cabo dentro de la misma vida conyugal.

Repitiendo, en efecto, lo que dice la Humanae Vitae en su número 14, se reitera que la conexión entre la dimensión unitiva y la procreativa en el acto conyugal debe realizarse en cada uno de los actos y no simplemente en el arco de la vida conyugal globalmente entendida, pretendiendo así corregir el llamado «principio de la globalidad» propuesto de manera extensiva por algunos teólogos. Por lo demás, es obvio que si un comportamiento es moralmente inaceptable, lo es también, y ante todo, en cada uno de los actos que lo expresan.

El caso de la «impotencia», por su parte, debe ser examinado no sólo desde el punto de vista médico, sino también desde el punto de vista ético y jurídico.

Cuando la impotencia es «psíquica» y, por tanto, reversible, el matrimonio sigue siendo válido y la ayuda médica y psicológica a la pareja se ha de ofrecer como un apoyo terapéutico[513]; es en este caso cuando se presenta

---

[409]

la posibilidad de la inseminación artificial. Pero cuando la impotencia es física y total, se presenta otro hecho prioritario y es el de la invalidez de dicho matrimonio. Sólo si el matrimonio es válido y ha sido legítimamente

[512] Ibi, p. n, n. 5.

[513] Véase sobre este tema: ZAGGIA C. (coord.), Progresso Biomedico e Diritto Matrimoniόle Canónico, Padua 1992; Di PIETRO M.L., CORRÉALE S.M., Valutazione delle terapie medico-chirurgiche e protesiche dell'impotentia coeundi nell'uomo ai fini della validità del matrimonio canonico, «Apollinaris» , en prensa.

contraído, resulta lícita la ayuda a la fertilidad-fecundidad del acto conyugal.

La licitud de los medios y de los métodos de obtención del semen

Se sabe que una acción es lícita cuando son lícitos los fines y los medios. Ahora bien, quedan por analizar desde el punto de vista ético los medios de obtención del semen, que enumeramos anteriormente desde un punto de vista técnico. La discusión en.concreto se centra en la masturbación, considerada en este caso no como acto de satisfacción sexual egoísta, sino como un modo de obtener un semen más rico y más fértil respecto del que se recoge, por ejemplo, mediante punción del epididimo o exprimiendo las vesículas seminales.

Analicemos en detalle las técnicas de obtención del semen desde el punto de vista moral. Obtener la muestra del semen con un acto extraconyugal llevado a cabo «contra naturam», es claramente una acción ilícita desde el punto de vista moral. En sí no resultan moralmente reprensibles los medios mecánicos de recogida, como el condón perforado, que en este caso no es anticonceptivo —pues mantiene la posibilidad del paso del semen a las vías genitales femeninas— con tal que se respete íntegramente el acto conyugal.

Por lo que se refiere a la masturbación, se sabe que de suyo es intrínsecamente un acto no moral. Efectivamente, la estructura de la vida sexual orienta la actividad voluntaria de los actos sexuales a la vida conyugal y las declaraciones del Magisterio (en particular los textos de Pío XII y la Declaración Sobre algunas cuestiones de ética sexual de la Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe, 29 de diciembre de 1975) condenan repetidamente la masturbación como un acto «intrínsecamente» desordenado, es decir fuera del orden moral.

Tales textos son retomados por la Instrucción «Donum Vitae» donde se lee:

«La masturbación, mediante la que normalmente se procura el esperma, constituye otro signo de esa disociación: aun cuando se realiza en vista de la procreación, ese gesto sigue estando privado de su significado unitivo: "le falta [...] la relación sexual requerida por el orden moral, que realiza el sentido íntegro

---

[410]

de la mutua donación y de la procreación humana, en un contexto de amor verdadero»[514].

Los varones mismos que deben obtener el semen masturbándose, con frecuencia rechazan recurrir a esa práctica por motivos psicológicos, morales o religiosos. Partiendo de esta evidencia, el Comité Nacional

[514] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. II, n. 6.

para la Bioética italiano, en el documento «Problemas de ¡a recogida y tratamiento del líquido seminal humano con finalidades de diagnóstico», pide que en el momento en que un paciente tenga que obtener una muestra de semen, «se salvaguarde estrictamente, en la relación médico-paciente, el pleno respeto de las convicciones religiosas o culturales y de la dignidad personal del paciente», garantizando «la plena información sobre eventuales métodos alternativos científicamente válidos y a los cuales él debe dar en cualquier caso su propio consentimiento»[515].

Si hacemos referencia a la obtención de muestras de semen con fines diagnóstico-terapéuticos, tal como se hace en el citado documento, es posible admitir vías alternativas en la obtención del semen (véase, por ejemplo, el uso de técnicas —como el Viricar— que estimulan la emisión del semen sin provocar orgasmo), pero no se puede decir lo mismo respecto de las técnicas de procreación asistida, donde interesa salvaguardar la unidad del acto conyugal que, de todos modos, no se respetaría.

Hay que añadir, además, que a menudo la técnica de la masturbación para la obtención del semen se utiliza sólo porque se considera más expedita, desde el momento en que el recurrir a ella puede ser evitado en muchos casos, o en gran parte de ellos, utilizando métodos estrechamente vinculados con el acto sexual y en todo caso menos discutibles, aun cuando sean más laboriosos.

En muchos casos, por otra parte, al recoger el semen del fondo de la vagina o por medio del condón, se puede evitar caer en una auténtica inseminación artificial propiamente dicha y entrar en la IAH impropiamente dicha. La misma-masturbación, en general, puede constituir una dificultad en estados de tensión o para particulares temperamentos, o por un sentido del pudor instintivo y en modo alguno reprobable.

También en el uso de estos métodos de obtención consideramos que debe preferirse la dignidad de las personas que la facilidad expedita del método. Repetimos que el verdadero problema en todo este asunto es, de todos modos, el de la unión que hay que salvaguardar entre el amor y la vida; entre la dimensión unitiva y la procreativa en el acto conyugal y en el don recíproco de las personas de los cónyuges.

---

[515] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche, p. 9.

[411]

La valoración moral de la inseminación artificial heteróloga **(IAHE)**

Sobre la ilicitud de la obtención del semen del donador no cabe la menor duda.

Las razones conciernen a la unidad de la pareja y la indisolubilidad del matrimonio. Los juristas han discutido acerca de la configuración en este caso del delito de adulterio previsto por el Código Penal [italiano] en el art. 559, ya sin vigencia como consecuencia de dos sentencias de la Corte Constitucional, la n. 126 del 19.2.1968 y la n. 147 del 3.12.1969. Pero desde el punto de vista ético se hace realidad en este caso la separación en términos personales entre quien vive el matrimonio y quien realiza la procreación. Se establecería un nuevo tipo de familia ya no monogámica, sino sui generis, «pluriparental».

Se viola así el «derecho exclusivo de los esposos de ser padre y madre sólo uno a través del otro».

Esto quiere decir que aunque los cónyuges se pusieran de acuerdo para recurrir a la fecundación heteróloga, se mantiene siempre el carácter alternativo de la unidad esponsal parental como consecuencia de la donación de gametos:

«La fecundación artificial heteróloga es contraria a la unidad del matrimonio, a la dignidad de los esposos, a la vocación propia de los padres y al derecho de los hijos a ser concebidos y traídos al mundo en el matrimonio y por el matrimonio [...] Constituye, además, una ofensa a ¡a vocación común de los esposos a la paternidad y a la maternidad: priva objetivamente a la fecundidad conyugal de su unidad y de su integridad; opera y manifiesta una ruptura entre la paternidad genética, la gestacional y la responsabilidad educativa»[516].

Las consecuencias hay que considerarlas también en relación con el hijo, que tendrá que saber y aceptar esta situación anómala; ese hijo que, desde el punto de vista psicológico, deberá llevar a cabo una difícil «identificación» con el padre.

En el derecho de algunos Estados se han introducido formulaciones jurídicas apropiadas para la atribución de la paternidad, el secreto del donador y la normativa «comercial» sobre el semen[517]. Sigue siendo, de todos modos, dudosa la legitimidad de una disposición que cubra con el secreto la verdadera paternidad del hijo. Todo ciudadano tiene derecho —derecho específicamente reconocido en muchos Estados— a saber quiénes son sus padres.

También desde el punto de vista psicológico hay que registrar, por otra parte, que podrán sugir conflictos intraconyugales a nivel inconsciente especialmente en el padre «putativo», el cual sabe que es

---

[516] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE , Instrucción..., p. n, n. 5.

[517] Véase DI PIETRO M.L., Analisi comparata delle leggi e degli orientamenti normatiui in materia di fecondazione artificíale, «Medicina e Morale» 1993, 1, pp. 231-282.

padre únicamente desde el punto de vista jurídico-afectivo, pero no desde el punto de vista biológico; hecho por el cual llega

[412]

a encontrarse en una situación no homogénea en relación con el hijo respecto de la madre, lo cual se puede reflejar también en la relación entre los dos esposos, que no son de igual manera progenitores respecto del hijo[518].

Además, por este camino de la donación del semen y del «banco de semen» se insinúa también la tendencia eugenésica, para la adquisición de «semen seleccionado». Aparte del banco reservado a los premios Nobel, en California, de cuya existencia han hablado los periódicos, las intenciones que se expresan al momento de la obtención suenan cada vez más a selectividad biológica.

Otra complicación de carácter ético y jurídico la constituye el hecho de que en la IAHE, queriendo establecer los llamados «bancos de semen», o en todo caso en el momento de la recogida del mismo, podría ocurrir que una sola muestra se pudiera utilizar para diversas inseminaciones, dando lugar a hijos consanguíneos por parte de padre. El riesgo es que en las futuras generaciones no se pueda ya reconocer la paternidad —no la jurídica, sino la genética— y, por esto, que se puedan dar matrimonios de consanguíneos, con consecuencias especiales de carácter hereditario fácilmente imaginables.

Sólo recientemente las autoridades gubernativas han comenzado a tomar medidas en esta materia y a emanar disposiciones para evitar consecuencias nefastas del empleo de los «bancos de semen», tanto en lo que se refiere a la salud y la profilaxis de ¡as enfermedades transmisibles, como por lo que concierne a la fácil especulación económica.

La Instrucción «Donum Vitae» condena el recurso a la IAHE, como

«contraria a la unidad del matrimonio, a la dignidad de los esposos, **a la** vocación propia de los padres y al derecho de los hijos **a** ser concebidos y traídos al mundo en el matrimonio y por el matrimonio»[519]. **El** hijo, fruto de la mutua donación de los esposos e imagen viviente de su amor, tiene derecho «a ser concebido, llevado en las entrañas, traído al mundo y educado en el matrimonio: sólo a través de la referencia conocida y segura **a** sus padres pueden los hijos descubrir la propia identidad y alcanzar la madurez humana»[520].

La **GIFT y otras** técnicas de fecundación intracorpórea

---

[518] Véase: ISIDORI A., L'inseminazione artificiale omologa ed eteroìoga nella sterilità maschile: aspetti medici e psicologici, «Medicina e Morale», 1993, 1, pp. 231-282; MARRAMA P., CARDINI C, PASINI W., BALDARO-VERDE I., L'inseminazione della discordia, Milán 1987.

[519] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. II, n. 2.

[520] Ibi, p. II, n. 1.

La **GIFT** es una técnica de fecundación artificial intracorpórea que implica la transferencia simultánea, pero por separado, de los gametos masculinos y femeninos al interior de la trompa de Falopio.

---

[413]

Está indicada en algunas formas de esterilidad femenina (endometriosis pélvica, esterilidad idiopática) o masculina (oligoastenospermia), que no se pueden atacar con la inseminación artificial, a condición de que la mujer cuente por lo menos con una trompa viable.

Los defensores de esta técnica afirman que cerca del 40 por ciento de los casos con alguna patología conocida o desconocida aún, y no siempre remediable con la inseminación artificial, sería susceptible de curación mediante esta técnica.

La ejecución de la GIFT se lleva a cabo en tres fases:

– inducción de la ovulación y obtención de los óvulos mediante laparoscopia o aspirándolos con una aguja bajo guía ecográfica;

– obtención y preparación del esperma;

– transferencia de los gametos mediante un pequeño catéter al interior de la trompa, donde los óvulos y los espermatozoides son separados por una burbuja de aire.

De este modo la fecundación se produce sólo en el momento en que los espermatozoides y los óvulos están en libertad de entrar en contacto entre sí dentro de la trompa de Falopio. Los porcentajes de éxito referidos por los autores que primero realizaron la GIFT, gira en torno al 20-25 por ciento, en cuanto a embarazos llegados a término, del total de las transferencias de gametos efectuadas. La causa de esta escasa eficacia habría que atribuirla a la elevada incidencia de abortos[521].

En los últimos años se está intentando efectuar la GIFT por vía vaginal trans-uterina, aspirando los óvulos mediante punción del fórnix vaginal posterior con anestesia local, guiándose por la ecografía, e introduciéndolos luego con un catéter adecuado a través del útero en la trompa. Los resultados parecen prometedores, pero a menudo no son constantes entre grupos de investigadores diferentes e incluso a veces entre los de un mismo grupo[522].

---

[521] ASCH R.H., BALMACEDA P. et al., Gamete intra-fallopian transfer (GIFT): a new treatment for infertility, «Int. J. Fértil.», 1985, 30, 1, pp. 41-45; ID., Preliminar^ Experiences with Gamete Intrafallopian Transfer (GIFT), «Fertility and Sterility», 1986, 45, 3, pp. 366-371. Sobre la pérdida de embriones con la GIFT, véase Di RETRO M.L., SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., Meta-análisis de los datos científicos sobre la GIFT: una contribución a la reflexión ética, «Medicina y Ética», 1990, 1,1, pp. 9 ss.

[522] GARCEA N., CAMPO S., CANNELLA P.L., Current therapeutic possibílities of GIFT, «Acta Europea Fertilitatis» 1988, 1, pp. 315 ss.; GARCEA N., CAMPO S., D'ARGENIO D., IS the GIFT a posstbility for Catholics in the assisted reproduction field?, en AA.VV., From basics to clinics, Nueva York 1989, 63, p. 313.

El recurso a esta técnica estaría motivado también para obviar las objeciones éticas que se hacen a la fecundación in vitro tanto en el campo católico como en

[414]

otros sectores del mundo médico y jurídico. De hecho, la GIFT podría utilizarse en el ámbito de una pareja legítimamente constituida, reduciendo al mínimo la manipulación de los gametos y respetando el acto conyugal. En este caso se deberían obtener pocos óvulos y, con un pequeño intervalo de tiempo, introducirlos en las trompas junto con los espermatozoides, extraídos durante o inmediatamente después del acto conyugal.

Observando estos criterios, la GIFT podría, según algunos moralistas, constituir una forma de ayuda y no de sustitución del acto conyugal, con tiempos breves de permanencia de los gametos fuera del organismo, con fecundación intracorpórea y sin dispersión alguna de embriones; de hecho

«LA conciencia moral no prohibe necesariamente el uso de algunos medios artificiales destinados exclusivamente sea a facilitar el acto natural, sea a procurar que el acto natural realizado de modo normal alcance el propio fin»[523].

No todos los moralistas están de acuerdo con esta interpretación, de tal manera que no consideran a la GIFT como una ayuda al acto conyugal o, en todo caso, se pronuncian de manera ciara sobre la calificación que se debe dar a esta técnica[524].

De este modo se saldría mejor al paso de la sensibilidad tanto de los creyentes como de cuantos vacilan en confiar el momento fecundante y la manipulación del embrión humano al laboratorio y a los técnicos.

Hemos utilizado intencionadamente el modo «condicional»: en efecto, la técnica GIFT origina, como decíamos antes, una elevada pérdida de embriones: baste pensar que sólo una tercera parte de los embarazos clínicamente iniciados llegan a término, y que falta cualquier tipo de información sobre el «destino» de los gametos introducidos en las trompas de Falopio hasta que aparecen las primeras señales de embarazo (aumento de los niveles de gonadotropina coriónica humana, hCG)[525].

---

[523] Pío XII, Discurso a los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos, 29 sept. 1949, p. 119. Citado por CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. u, n. 6.

[524] Véase sobre el tema: SHFERT J., Substitution of the coniugal act orasistance to it?-IVF, GIFTand some other medical interventions. Philosophical reflections on the Vatican Declaration «Donum Vitae», «Anthropotes» 1988, 2, pp. 273-286; CARLSON J.W., Donum Vitae on homologous interventions: is IVF-ET a less acceptable gift than GIFT ?, «J. Med. Philos.», 1989, 5, pp. 523-540; TONTI FIUPPINI N., Donum Vitae and Gamete Intra Fallopian Transfer, en Actas del II Congreso de Teología Moral, pp. 791-802.

[525] DI PIETRO, SPAGNOLO, SGRECCIA, Meta-análisis...

La Instrucción «Donum Vitae», sin embargo, ni implícita ni explícitamente se pronuncia acerca de la GIFT, puesto que la novedad del método y las modalidades de ejecución suscitan dudas y perplejidades que hay que aclarar. De hecho, es fácil que en la práctica puedan no observarse las indicaciones dadas por la Instrucción a fin de que se pueda hablar de simple ayuda a la procreación, por lo que el

---

[415]
procedimiento podría desembocar fácilmente en una auténtica sustitución del acto conyugal.

Otras técnicas de fecundación intracorpórea son la Low Tubal Oocyte Transfer (LTOT) y la transferencia intrauterina de gametos (GIUT).

La primera es una técnica que se basa en la transferencia de óvulos a las trompas de Falopio o al útero[526]. Los óvulos se obtienen de la mujer por vía lapa-roscópica, previa estimulación, y son transferidos luego a la parte más alta del útero por vía transcervical o, por vía abdominal, al tercio proximal de la trompa.

A continuación se invita a la pareja a mantener una relación sexual; si la fecundación tiene lugar, se verifica una implantación normal.

La LTOT está indicada en los siguientes casos: oclusiones tubáricas bilaterales, aplasia tubárica bilateral, endometriosis uterina e infertilidad femenina idiopática. El porcentaje de embarazos logrados es muy bajo (15 por ciento aproximadamente).

La GIUT, por su parte, consiste en transferir simultáneamente, pero por separado, el óvulo y los espermatozoides al útero después de unos 30 minutos de permanencia de los gametos en una probeta. El porcentaje de de embarazos obtenidos es, también en este caso, muy bajo (el 10 por ciento.)[527]

Tiene indicación sobre todo en las esterilidades idiopáticas.

Mientras la LTOT parece configurarse como una ayuda al acto conyugal —en cuanto que no habría disociación entre las dimensiones unitiva y procreativa del acto conyugal cuando la obtención del esperma se efectúa en conexión con el acto sexual—, la GiUT no respetaría esa unidad, puesto que el procedimiento técnico requeriría la obtención del semen sólo mediante masturbación.

De aquí se sigue la imposibilidad de considerar a la GIUT como una ayuda, sino más bien como una sustitución del acto conyugal.

Además, tanto la LTOT como la GIUT se convierten en «ocasión» de una elevada pérdida de embriones: en realidad, sólo unos pocos

---

[526] Future offers hope for infertile women (editorial), «JAMA», 245 (6), 1981, p. 565.
[527] Véase sobre el tema: TETTAMANZI D, La cura della sterilítá: aspetti etici, en MANCUSO, SGRECCIA (coord.), Trattamento della sterilitá coniugale..., pp. 185 ss

embarazos clínicos iniciados (menos del 30 por ciento para la LTOT y para la GIUT) llegan a término.

LA FECUNDACIÓN IN VITRO CON TRANSFERENCIA DE EMBRIONES (FIVET)

Importancia y **actualidad del tema**

En ios periódicos en general, así como en la prensa especializada, el tema está de moda y de permanente actualidad: ante cada bebé que nace por transferencia

---

[416]

de embriones (embryo-transfer) fecundados en probeta, se verifica una especie de sobresalto de la opinión pública, reacción que es una mezcla de exaltación y de susto.

Se exaltan los logros de la ciencia biológica y asustan las consecuencias ulteriores. Es como una carrera hacia la conquista del espacio, no ya el estelar, sino del misterioso de la vida.

Pero, emociones aparte, el tema se presenta cargado de consecuencias a todos los niveles, desde el científico o el ético, hasta el social y el genético. Se habla de «autopoyesis» del hombre, se actúa la «ectopía» de la generación (del útero a la probeta, de la pareja a los biólogos experimentadores); se corre el riesgo de una ulterior «cosificación» de la vida usada como «material humano de experimentación» (la expresión es utilizada en la literatura especializada y coincide con la terminología que empleaban los nazis en los campos de exterminio); se da el paso jurídico y social desde la existencia de una sola maternidad-paternidad a una «cooperativa de progenitores» y constructores de la concepción.

Hay que hacer notar, para fijamos en el punto de vista ético, que a la escalada actual del éxito experimental corresponde una desescalada del valor antropológico del embrión humano.

Efectivamente, con las leyes sobre el aborto se llegó a considerar la vida del embrión y del feto menos relevante que la vida, o incluso simplemente que la salud de la madre, por una especie de predominio del adulto (a menudo de sus intereses contingentes) sobre el recién concebido.

Con la fecundación in vitro se ha bajado de escalón: por necesidades técnicas, como veremos, se construyen generalmente más embriones de los que pueden ser necesarios para transferirlos eventualmente al útero, derivándose de ello un «sobrante» de embriones congelados que pueden ser suprimidos o "destinarse a la «experimentación»; la experimentación, por lo demás, es solicitada y reivindicada como una necesidad para el progreso de la ciencia y, particularmente, para los experimentos sobre el estudio del DNA, avalando tal necesidad con la esperanza de llegar así a corregir

patrimonios genéticos alterados y, por esto, a la terapia de aberraciones cromosómicas y de enfermedades genéticas.

Esta es la razón de que en algunos países se esté pidiendo que se legalice la experimentación sobre embriones, aunque ello tenga como consecuencia concretamente suprimir y destruir a los embriones mismos[528]. Esto equivale a rebajar la experimentación con embriones al nivel de la experimentación en animales, con lo cual se llega a la negación pura y simple del carácter humano del embrión mismo.

Una vez alcanzado este punto, no se ve problema alguno en cuanto a la utilización de embriones vivos, incluso concebidos en útero (un embrión es un

---

[417]

embrión, sin importar cómo haya sido concebido), para obtener tejidos frescos y vitales, con fines terapéuticos o no; o bien, como han reportado últimamente las noticias de los periódicos, con fines industriales y de comercialización.

Por consiguiente, la cadena arranca del hombre construido para llegar al hombre codificado, esto es, destruido en su especificidad y en su propio valor.

La trayectoria «construir para destruir» no es nueva, y tuvo ya aplicación en la historia de la energía atómica. El parangón no quiere ser retórico ni forzado: ambos hechos, el del uso bélico de las armas atómicas y el de la destrucción de los fetos y de los embriones humanos, nacen de una misma filosofía, aquella por la cual la verdad es subordinada a la utilidad, el ser es sometido al hacer, el valor de la persona al poder de su semejante.

Al subrayar estas perspectivas negativas no queremos decir que la FIVET no se haya propuesto con la intención de remediar la infertilidad de la pareja, y por tanto, con una intención altamente humana y apreciable; sino que queremos hacer hincapié en que, por encima de las intenciones, la tecnología tiene su dinámica propia y ha abierto también ulteriores posibilidades de rebajamiento del embrión humano.

Datos históricos sobre la FIVET

Los experimentos sobre la fecundación in vitro en el campo animal comenzaron después de haberse puesto en marcha los métodos de la inseminación intracorpórea y después de que la conocida revista «New England Journal of Medicine»[529] formulara su hipótesis en 1937. Se comenzaron por estudiar terrenos de cultivo para embriones —ya formados en el útero, transferidos al caldo de cultivo y luego

---

[528] Para un análisis detallado del problema, véase: DI PIETRO Analisi comparata…

[529] Anónimo, Conception in a waterglass, «New England Journal of Medicine», 1937, 217, p. 678.

reimplantados una vez que habían crecido—, primero en ratones y luego en conejos.

El primero en documentar el resultado fue M. C. Chang, quien con este método provocó el nacimiento de conejos en 1959. Se lograron otros éxitos también en otras especies de animales de laboratorio[530]. Edwards fue quien, en 1963, inició los experimentos de campo, haciéndolos públicos dos años después[531]. Los experimentos se referían ya a la maduración in vitro de óvulos humanos obtenidos de los ovarios en un estadio cualquiera de maduración.

Edwards concluía tales experimentos con este comentario:

---

[418]

«El desafío mayor de este trabajo radica en la perspectiva de fertilizar huevos humanos [...] La fertilización in vitro es fácil. Sin embargo, pronto seremos capaces de tener embriones humanos en las primeras fases de desarrollo. La notable cantidad de óvulos que se pueden obtener de un ovario podrá en definitiva permitir hacer crecer embriones humanos in vitro e incluso controlar algunos trastornos genéticos del hombre».

En 1969 este mismo autor ofrecía al público científico los datos decisivos sobre la posibilidad de fertilizar ovocitos humanos in vitro[532]: de 56 ovocitos obtenidos, conservados en líquido folicular o en simple caldo de cultivo, e inseminados con una suspensión de espermatozoides, 18 habían resultado fertilizados. En 1970 y 1971 también Edwards y sus colaboradores obtuvieron éxitos en el desarrollo embrionario in vitro hasta llegar a la fase de blástula con 110-116 células. La meta seguía siendo la de la embryo-transfer en la mujer, oportunamente predispuesta, a fin de llegar al nacimiento natural.

Por aquel entonces se había organizado en Australia otro equipo de científicos e investigadores, en la Monash University (Lopata, Trounson, Wood); y en el Queen Victoria Center de Melbourne se intentó en 1973 la primera transferencia de embrión humano, pero el embrión no logró madurar hasta la fase útil para ser transferido. El primer éxito lo obtuvo el equipo inglés del profesor Edwards en julio de 1978, cuando en el Oldham General Hospital de Manchester nació Louise Brown, tras seguir el procedimiento de Edwards y Steptoe. Poco después

---

[530] Chang M.C., Fertilization of rabbit ova in vitro, «Nature», 1959, 184, pp. 466-467; Whittingham D.G., In-vitro fertilization, embryotransfer and storage, «British Medical Bulletin», 1979, 35, pp. 105- 111.

[531] Edwards R.G., A mother of Ufe, Londres 1980; Id., Maturation in vitro of human ovarían oocytes, «Lancet», 1965, 2, pp. 926-929.

[532] EDWARDS R.G., BAV/ISTER B.D., STEPTOE P.C, Early stages of fertilization in vitro of human oocvtes matured in vitro, «Nature», 1969, 221, pp. 632-635. De Edwards véase también: La vita prima della nascita, Azzate 1990. La síntesis histórica está recogida por LEUZZI L., Riflessione etico-morale sulla fecondazione «in vitro», «Ospedale Miuli», 1986, 3.

nacía en Australia Candice Reed. En Melbourne se registraron en 1980 13 embarazos de 103 pacientes tratadas, uno de los cuales fue de gemelos; y es un porcentaje que se ha ido elevando. En Italia el primer resultado positivo lo logró en Ñapóles, en 1983, el Dr. Abbate con ayuda de biólogos australianos. Pero el equipo italiano más comprometido en este campo es el del Prof. E. Cittadini, director de la Clínica Obstétrica y Ginecológica «R» de Palermo, que obtuvo el primer logro con un equipo enteramente italiano[533]. En la actualidad resulta difícil hacer un cálculo exacto de cuántos niños han nacido desde 1978 con la fecundación in vitro, debido a la falta —excepto en algunos casos— de un registro llevado a propósito a nivel nacional; pero se piensa que se trata de varias decenas de miles[534].

---

[419]

Por ejemplo, entre 1986 y 1988 llegaron a término en Francia unos 4,000 embarazos después de la concepción in vitro[535].

Indicaciones, métodos y porcentajes de **éxito**

Al mantenernos en el terreno ético, no entraremos en detalles técnicos, recordando nada más los datos fundamentales y necesarios para entender el problema moral. Se habla de «indicaciones», cuando se supone un acto terapéutico, sea farmacológico o quirúrgico. En nuestro caso, como veremos, en realidad se va más allá del acto terapéutico en sí y no se acaba en él. Sin embargo, puesto que en el caso de la FIVET existe en general el objetivo intencional de remediar la infertilidad de la pareja, se acostumbra hablar de indicaciones de la FIVET.

Sus defensores se basan en el hecho de que muchos casos de infertilidad femenina y masculina no se pueden remediar de otro modo, lo cual se comprueba especialmente en los casos de «esterilidad de origen tubárico». En estos casos, en efecto, la inseminación artificial no es

---

[533] CITTADINI E., La fertilizzazione extracorporea, «Federazione médica», 1982, xxxv, 4, pp. 229-309; WATTIAUX H., Insémination artificielle, fécondation in vitro et transplantation embrvonnaire -Repères éthiques, «Esprit et Vie: L'ami du clergé», 1983, 24, pp. 354-364.

[534] SAUNDERS D.M., MATHEWS M., LANCASTER P.A.L., The Australian Register: current research and future role. A preliminary report, en JONES H.W., SCHARAEDERE C. (eds.), In vitro fertilization and other assisted reproduction, «Annate of the New York Academy of Sciences» 1988, 541, pp. 7-21; MEDICAL RESEARCH INTERNATIONAL. THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY SPECIAL INTEREST GROUP, In vitro fertilization/ émbryo transfer in the United States: 1990 results ¡rom the National IVF/ET Registrv, «Fertility and Sterility» 1992, 57, pp. 15-24; INTERIM LICENSING AUTHORITY (ILA), Relazione sull'applicazione della FIV e sulle ricerche embrionali 1990 (el trauma de tejidos delicados como, precisamente, la trompa y el ovario, permite recobrar la integridad anatómica de estos órganos).

[535] GRILLO J.M., Ricerca biológica e fecondazione artificíale, en AA.VV., La procreazione assistita. Aspetti scientifici, etici e giuridici, Leumann 1989, pp. 37-38.

suficiente ni se puede proponer, porque al no pasar el óvulo a través de las trompas, no puede ser alcanzado por el semen ni siquiera cuando éste se introduce artificialmente. En estos casos, para lograr la fecundación hay que extraer el óvulo y fecundarlo fuera del ambiente corporal y luego volverlo a introducir en el útero.

Además de los casos de patología tubárica y ovárica, la FIVET tiene indicaciones clínicas para la curación de la esterilidad idiopática, de la esterilidad que tiene una base inmunológica y de la asociada a endometriosis; en el ámbito masculino, se consideran indicaciones válidas la oligospermia y la oligoastenospermia.

Hay que observar que, en analogía con cuanto ha ocurrido en el campo de la anticoncepción, con el progreso de las técnicas quirúrgicas se puede esperar andando el tiempo poder practicar alguna terapia alternativa, de tal manera que pueda resultar inútil recurrir a la FIVET, la cual plantea los complejos problemas ético-jurídicos que veremos a continuación.

En este sentido, se debe ver y fomentar, por ejemplo, el desarrollo de las técnicas de microcirugía tubárica, que se vale del uso del microscopio-operador y de instrumentos y técnicas apropiadas para minimizar el riesgo de fracaso[536].

---

[420]

Quienes practican la FIVET —después de los exámenes y las pruebas de fertilidad masculina y femenina, y una vez comprobada la indicación— informan a la pareja acerca de la posibilidad de practicar la FIVET con semen homólogo o con el de un donador. Se requiere que la mujer no haya superado los 36 años; y aquella que ha sido ya madre presenta obviamente unas mejores condiciones en general.

En este punto hay que hablar aunque sea breve y sintéticamente, de los métodos y las técnicas referentes a la obtención del óvulo y del semen, y su tratamiento previo[537].

[536] Antes de las intervenciones de microcirugía tubárica, con el fin de asegurar una mayor eficacia, es conveniente evaluar también la integridad de la mucosa de las trompas, cuya afectación podría alterar los resultados de la intervención quirúrgica. Para ello, se utiliza una técnica llamada salpingoscopio que permite ver dentro de las trompas. Véase sobre el tema: MARAÑA R., CATALANO G.F., Muzii L., Trattamento chirurgico della sterilità di origine tubárica, «Medicina e Morale» 1993, 1, pp. 67-74.

[537] Sobre los aspectos técnicos de la FIVET, véase: RODRÍGUEZ LUNO, LÓPEZ MONDÉJAR, La fecondazione in vitro..., pp. 9-51; BOMPIANI, Problemi biologici e clinici..., pp. 74-90; SERRA A., Il concepimento umano in vitro, en ZUANAZZI G.F. (coord.), Fecondazione artificiale..., pp. 11-24; PASETTO, Aspetti biologici e clinici..., pp. 38-48; CITTADINI E., Aspetti biomedici ed etici della fertilizzazione in vitro, en La fertilizzazione in vitro, Actas de la Reunión de la «Societas Etnica» (1985), Palermo 1986, pp. 7-34; BOMPIANI A, GARCEA N., La fecondazione in vitro: passato, presente, futuro, «Medicina e Morale», 1986, 1, pp. 47-72; KOVACS G.T., ROGERS P., LEETON J.F. et al., In vitro fertilization and embryo-transfer, «Med. J. Austr.» 1986, 144, pp. 682 ss.

Ante todo, se procede a una comprobación de carácter general acerca de la capacidad de la pareja de seguir el programa de la FIVET (embarazo, nacimiento y sucesivo crecimiento del niño); si se presentaran problemas emocionales, se sugiere un tratamiento psicológico.

Las comprobaciones en la mujer son normalmente las siguientes: ante todo, se prevé una laparoscopia para verificar si los ovarios son accesibles para la captación de los ovocitos; si es necesario, se hace la intervención de lisis de adherencias (adhesiolisis) para liberar los ovarios. Se examina luego la curva de la temperatura basai durante tres ciclos, para comprobar la regularidad de la ovulación. Si se advierte anovularidad o hiperprolactinemia mediante análisis de la tasa plasmática, deberá establecerse una terapia adecuada, antes de aceptar a la paciente en el programa. Y puesto que no es seguro el poder obtener siempre el óvulo adecuado para la fecundación de la mujer estéril, el programa en este caso deberá prever un óvulo de donadora, siempre que las demás condiciones intrauterinas resulten compatibles con la implantación subsiguiente.

Todo esto debemos recordarlo para darnos cuenta de lo compleja que es la práctica de la FIVET, y de la facilidad con que se pasa de la FIVET homologa a la heteróloga.

Las comprobaciones en el hombre se refieren en primera instancia al líquido seminal del marido, semen que es analizado con las pruebas oportunas al menos por tres veces en distintos laboratorios, en el último de los cuales será donde se efectuará la FIVET. Mientras tanto, se congela una reserva de semen adecuado,

---

[421]

en el caso en que se presentaran dificultades al producir semen idóneo en el momento de la FIVET. Si el semen resultara no utilizable, se piensa en la hipótesis del donador, en el cual habrá que practicar las mismas comprobaciones que para la inseminación artificial.

En algunos centros, además de los citados análisis —llevados a cabo en la mujer y en el marido por separado—, se practican también exámenes mediante las pruebas postcoitales y cuando se comprueba una infertilidad debida a barreras in-munitarias entre óvulos y espermatozoides, normales en otros aspectos, se decide practicar la FIVET.

Como se puede observar por todo lo expuesto, mientras que para la inseminación artificial se pensaba sólo como hipótesis en el donador de semen en caso en que la mujer no pudiera producir sus propios óvulos, las técnicas prevén ya, en el caso de la FIVET, incluso la utilización del óvulo donado; y puede ser también posible, e incluso necesaria, la donación de un embrión enteramente ajeno tanto al marido como a la mujer.

Una vez hechas todas las verificaciones en la mujer y en el varón, se inicia el tratamiento de las pacientes.

No siempre se espera a la ovulación espontánea, porque ésta, ligada a la elevación de la hormona luteinizante (LH), puede sobrevenir en cualquier momento y requeriría una vigilancia de los ovarios con laparoscopia durante 8-16 horas, para recoger los ovocitos en el momento preciso. Se prefiere entonces guiar e inducir la ovulación con un tratamiento farmacológico administrando citrato de clomifeno, gonadotropinas humanas menopáusicas (hMG) o gonadotropinas coriónicas humanas (hCG).

Con esa estimulación se pretende, además, producir una ovulación múltiple a fin de extraer y fecundar varios ovocitos, teniendo en cuenta las dificultades de la implantación y nidación, hecho este que, como veremos, no deja de tener una relevancia ética. De todos modos, la obtención —mediante laparoscopia— debe ir precedida de exámenes ecográficos. En el caso del clomifeno, la administración se hace entre el 5º y 9º día del ciclo ovárico; los exámenes por ultrasonido se efectúan los días 10º, 11º y 12º; al día 13º se administra hCG. Mientras tanto se analizan las secreciones cervicales y vaginales para verificar si existen vaginitis o bacterias patógenas; en caso de infección, todo se pospone hasta el ciclo siguiente.

Es conveniente hospitalizar a la paciente cuando el examen ultrasónico pone de manifiesto un diámetro folicular de 1.7 cm. Desde este momento se requiere recolectar la orina y analizarla rápidamente cada tres horas, para evaluar los niveles de estrógenos urinarios y monitorear la ovulación. La extracción con laparoscopia se hace después de 35/36 horas de haber administrado hCG, o bien después del pico espontáneo de LH. La observación de las variaciones del moco

---

[422]

cervical se utiliza también como prueba de confirmación de los análisis de laboratorio.

El tiempo (timming) de la ovulación, por consiguiente, es un momento particularmente importante para la extracción del óvulo maduro: laparoscopia, exámenes ultrasónicos, análisis de sangre y de orina, correlaciones con el moco cervical, todo ello debe ser llevado a cabo minuciosamente. La laparoscopia, por su parte, requiere de una destreza y una experiencia de alta precisión.

La extracción del ovocito se hace con una aguja de acero de 23 cm de longitud con un diámetro interior de 2 mm; la aguja está forrada internamente con una membrana de teflón de ½ mm de espesor, de manera que el diámetro real es de 1 mm. El tubo de teflón sirve para conectar la aguja con el tubo de recogida del ovocito.

Tras puncionar el folículo y aspirar el óvulo, éste se coloca en un caldo de cultivo, cuya composición ha sido obviamente estudiada y homogeneizada con la de la trompa: se trata en gran parte de agua destilada cinco veces.

Buscando afinar las técnicas, se intenta encontrar métodos menos estresantes y de una más corta hospitalización para la mujer.

La obtención del semen (si se excluye el del banco y el congelado) se realiza una hora u hora y media antes de la fertilización, recurriendo generalmente a la masturbación (de cuya valoración ética ya nos hemos ocupado): esto ocurre cuando se trata de una fecundación in vitro homologa.

Antes de ser fecundado, el óvulo debe permanecer en un caldo de cultivo durante 5 ó 6 horas; caldo que no se tiene que cambiar una vez efectuada la fecundación con una elevada cantidad de espermatozoides.

Edwards y Trounson han descrito las fases del desarrollo del embrión in vitro. A las 12-14 horas desde la fecundación ya son visibles los pronúcleos, advirtiéndose los siguientes tiempos de división celular: 2 blastómeras a las 25-26 horas; 4 a las 26-36 horas; 8 a las 36-56 horas.

Para la transferencia se requieren embriones que hayan alcanzado un desarrollo de 4 a 8 células, e incluso de 8 a 16; se considera que después de un desarrollo semejante el embrión podría resultar dañado, al exceder las medidas del desarrollo tubárico. La transferencia se hace por vía transcervical y transuterina con anestesia (según la técnica descrita en la literatura especializada), mediante catéter o tubos coaxiales. Después de reposar 24 horas hospitalizada, si se considera necesario, y de 4 a 5 días en su domicilio, al 10^2-12^2 día se inician los controles hemáticos de embarazo para comprobar la eventual gestación efectiva, iniciándose su monitoreo después de la 2~ semana. Si hay que prestar otros cuidados de apoyo, eso lo indicará el resultado de los análisis.

Por lo que se refiere al porcentaje de éxitos hay que distinguir el porcentaje de logros en cuanto a la recogida del ovocito maduro (95 por ciento), a la fecundación

[423]

(90 por ciento), al inicio del desarrollo (58.8 por ciento) y a los embarazos iniciados (17.1 por ciento) y llevados a término (6.7 por ciento). Por consiguiente, la pérdida total de embriones equivale al 93-94 por ciento[538].

Antes de abordar los problemas estrictamente éticos, hay que registrar una expresión de alguien que trabaja en el sector, acerca de «la incógnita sobre la normalidad del producto de la concepción». Una respuesta a esta grave incógnita sólo se podrá obtener después de que un número notable de nacidos con esta técnica permita establecer si la incidencia de las anormalidades tanto físicas como psíquicas, sería superior, igual o inferior a la de la procreación natural[539].

Desde el punto de vista ético, no deja de causar perplejidad esta referencia a una posterior verificación. Sin embargo, el problema ético se plantea también y sobre todo en torno a otros parámetros, que se refieren principalmente a la naturaleza y la suerte reservada al embrión humano, así como a la naturaleza y la estructura de la procreación humana en relación con el matrimonio.

Los problemas éticos relacionados con la FIVET

Como hemos dicho al principio de este capítulo, la FIVET representa uno de los puntos límite de la ética médica, en el que la ciencia y la tecnología por una parte, y la ética por la otra, se encuentran en una difícil confrontación. Y no nos estamos refiriendo únicamente a las posiciones de la moral católica, pues también en el ámbito de la ética laica se debate el problema.

Baste pensar que en Estados Unidos el Presidente mismo constituyó una comisión ética y científica a propósito, con la tarea de profundizar también en este problema juntamente con aquellos otros concernientes a las intervenciones sobre el hombre en el campo médico y biológico. En Inglaterra, a su vez, ha trabajado la Comisión gubernamental (Comisión Warnock)[540]; mientras que en el Consejo de

---

[538] Seppala M., The world collaborative report on in vitro fertilization and embryo replacement:
current state of the art in January 1984, «Annales of the New York Academy of Sciences», 1985, 442, pp. 558-563; bu H.C., Jones H.W., Rosenwaks Z., The efficacy of human reproduction after in vitro fertilization and embryo-transfer, «Fertility and Sterility» 1988, 49, pp. 649-653; Guizick D.S., Wilkes C, Jones H.W., Cumulative pregnancy rates for in vitro fertilization, «Fertility andSterility», 1986, 46, pp. 63 ss.; Medical Research International, In vitro fertilization embryotransfer...

[539] CITTADINI, La fertilizzazione extracorpórea..., p. 309.

[540] Los documentos de la President's Commission han sido publicados por la Press presidencial; particularmente uno concierne a la que se define como la Splicing Life (véase «Reseña» en «Medicina eMorale», fase. 2, 1984, pp. 260-266, coord. por M. L. Di Pietro). Recientemente ha sido publicado también el Informe Warnock a cargo del Parlamento inglés (Her Majesty's Stationery Office, July, Lon- dres 1984).

Europa un «Comité ad hoc» específico de carácter internacional está encargado

[424]
de preparar un texto en vista de una posible recomendación para los Estados miembros. Otros Estados han creado comités y comisiones de estudio[541]. También el Magisterio católico, con la Instrucción «Donum Vitae», se ha pronunciado oficialmente sobre los problemas relacionados con la FIVET, alentado igualmente por la publicación de algunos documentos sobre el tema por parte de diversas Conferencias Episcopales, tales como un primer y un segundo documento del Comité Conjunto del Episcopado católico del Reino Unido y de Gales; un documento por parte de los obispos del Estado de Victoria en Australia, y otro del Episcopado francés[542].

Por lo demás, en la actualidad no hay prácticamente revista médica o de carácter cultural que no se esté ocupando del asunto; lo mismo que es incontable el número de artículos que aparecen en periódicos y revistas. Aunque lo más difícil sigue siendo valorar el peso y exactitud científica de los artículos de divulgación[543].

---

541 Véase sobre el tema: SPAGNOLO A.G., Comitati di bioetica in tema di procreazione artificiale, «Medicina e Morale» 1993, 1, pp. 183-204; SERRA, SGRECCIA, DI PIETRO, Nuova genetica..., pp. 247- 270.

542 «Medicina e Morale» ha publicado estos documentos episcopales: el primer documento del Comité Conjunto del Episcopado inglés en el fase. 4, 1983, traducido al italiano en las pp. 435-448; el del Episcopado del Estado de Victoria (Australia), en el fase. 3, 1984, pp. 390-396; el segundo documento del Comité Conjunto del Episcopado inglés, en el fase. 1, 1984, pp. 138-180; el documento de la Comisión de la Familia del Episcopado francés titulado: Vita e morte su comando es también reproducido por la misma revista en el fase. 1, 1985, pp. 125-134,

543 Para limitamos a las aportaciones más relevantes aparecidas hasta ahora, citamos, en el fase. 4, 1983, de «Medicina e Morale», dedicado al tema: TETTAMANZI D., Problemi etici sulla fertilizzazione in vitro e sull'embryotransfer, pp. 342-364; LEUZZI L., Deontologia medica e fecondazione in vitro, pp. 365-390; CAFFARRA C, La trasmissione della vita nella «Familiaris Consortio», pp. 391-400; y más recientemente, Las Actas de la Reunión Nacional sobre: «Familia y fecundación artificial», organizado por el Instituto de Bioética de la Universidad Católica del Sgdo. Corazón de Roma y por la revista «La Famiglia» de la Editorial «La Scuola» de Brescia, citadas en «Medicina e Morale» 1993, 1. Véase, además: MASTROIANNI L., In vitro fertilization, en Encyclopedia of Bioethics, pp. 1448-1451; WATTIAUX, Insémination artificielle, fécondation «in vitro»...; HÀRING, liberi e fedeli..., Ili, pp. 48 ss.; SPINSANTI S., L'inseminazione artificiale: scelte deontologiche e interrogativi etici, «Res Medicae», marzo-abril 1970, pp. 134-138; VESPIEREN P., L'aventure de la fécondation «in vitro», «Études», noviembre de 1982, pp. 479491; Me CORMICK R.A., Notes on Moral Theology, «Theological Studies», 1979, 40, p. 107; MOUNSKY W., Sittliche Aspekte der Extracorporalen Befruchtung, «Arts und Christ», 1982, 28, pp. 141-147. Finalmente citamos, para completar la documentación y la bibliografía: TETTAMANZI D., Bambini fabbricati, Turín 1985; GÌUNCHEDI F., Considerazioni morali sulla fecondazione artificiale «La Civiltà Cattolica», 1984, I, pp. 223-241; TAGUAPIETRA G., Le banche del seme: il caso italiano.

A continuación resumiremos las principales instancias éticas en torno a la casuística más relevante.

---

[425]

La fecundación artificial extracorpórea homologa

El tema de la fecundación artificial extracorpórea homologa representa el caso más debatido, especialmente entre los moralistas de inspiración católica.

Ante todo, subrayemos una observación que no es sólo terminológica: en el caso de la FIVET se habla acertadamente de «fecundación» y no ya de «inseminación» artificial; la razón es que en el caso de la inseminación artificial, lo único «artificioso» es sólo la introducción, o, como máximo, la obtención y la introducción del semen; mientras que el momento fecundante se mantiene en toda su naturalidad tanto causal como local. En cambio, en la FIV la fecundación, esto es la unión de los gametos, es controlada y llevada a término in vitro y por vía artificial.

Para proceder a la valoración moral hay que recordar dos exigencias fundamentales éticas de la procreación humana en las que concuerdan todos los moralistas católicos y que en sí pertenecen a la moral racional: la primera es que se salvaguarde la vida del embrión, y la segunda, que la procreación sea el resultado de ¡a unión y de ¡a relación personal de los cónyuges legítimos.

Sobre este punto, nos permitimos remitir a todo lo dicho en los capítulos referentes al valor del embrión humano (y por tanto, sobre el aborto), asi como a la sexualidad y la procreación.

En cuanto a salvaguardar la vida del embrión humano, la FIVET presenta ciertas dificultades, por lo menos con los métodos empleados en la actualidad. En efecto, generalmente se procede a la fecundación de varios embriones porque el porcentaje de nidación y de embarazo es muy bajo (1 ó 2 de cada 10); y por esto, para garantizar el resultado positivo se hace una provisión de varios embriones disponibles para poder repetir el intento en caso de fracaso. El llamado «sobrante» representa un problema ético y jurídico: puede ser eliminado, o ser utilizado para experimentar, o empleado para producir cosméticos, o para reimplantarlo en otra mujer (en este caso obviamente no se da una fecundación homologa)[544].

E necessaria subito una rigida regolamentazione, «Propettive nel mondo», enero-febrero 1984, pp. 95-98; RAMSEY P., Parenthood and the Future of Man by Artificial Donor Insemination: fabricated Man, New Haven 1970, pp. 104-160; FLYNN E.P., Human Fertilization: a catholic perspective, Boston 1984; AA. VV., La procreazione assistita. Aspetti scientifici, etici e giuridici, Turín 1989; PELLEGRINO E.D., HARVEY J.C, LANGAN J.P. (eds.), Gifts of life, Washington (DC) 1990; MATTIOU V., Laboratorio umano, Palermo 1990.

[544] DYSON A, HARRIS J., Experimenta on embryos, Londres 1990; DUNSTAN G.R., SELLER M.J. (eds.), The status of the human embryo, Londres 1988; SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., II feto umano come dona-tore di tessuti e di organi, «Medicina e Morale»,

La eliminación programada o la supresión de los embriones, representan para la moral (no sólo para la moral católica) la supresión de un ser humano, como en la interrupción voluntaria del embarazo. Un procedimiento que se está desarrollando en algunos laboratorios es el de congelar el embrión fecundado para evitar la frecuente asincronía entre el ciclo ovárico y el ciclo menstrual de las mujeres que han sido hiperestimuladas. También en este caso, obviamente, se hace una provisión de reserva con el «sobrante» que queda. Algunos, para justificar moralmente esta destrucción de embriones supervivientes, esgrimen como excusa el hecho de

---

[426]
que incluso en la fecundación natural sobrevienen muchos mini-abortos, a continuación de la fecundación y antes o inmediatamente después de la implantación, debido a anomalías o incompatibilidades[545].

Se argumenta que si la naturaleza misma opera una selección y entre diversos embriones hace que se implanten y crezcan sólo los que tienen mayor vitalidad, es lícito también hacer en laboratorio varios intentos en busca del mejor resultado. El médico no haría otra cosa que «imitar» lo que sucede en la naturaleza. No es difícil captar la contradicción y lo capcioso del argumento. La contradicción estriba en que se invoca a la naturaleza para justificar la pérdida de embriones; pero cuando se trata de justificar el conjunto de la fecundación artificial, se afirma que no se debe tener una concepción «biologista» de la naturaleza. Pero a este propósito, sobre todo hay que distinguir muy bien entre la muerte natural y la muerte procurada por el hombre. Si ese razonamiento fuera válido, entonces se podría aplicar también a otros casos. Por ejemplo, puesto que muchos mueren por accidentes de tráfico, no sería imputable procurar voluntariamente la muerte con accidentes de tráfico programados. O también: puesto que muchos ancianos fallecen de muerte natural, ¿por qué va a ser más culpa moral procurarles la muerte deliberadamente?

Otra razón que se propone para difuminar este problema es la siguiente: esta pérdida de embriones es un hecho temporal; cuando las técnicas mejoren, se reducirá este riesgo a la tasa normal del riesgo existente en todo acto terapéutico. También aquí se esgrime un razonamiento de tipo eficientista: mientras tanto, se utiliza una técnica responsable de la muerte, como un experimento transitorio para lograr una técnica mejor. ¿Quién aceptaría este criterio en la experimentación farmacológica? Ciertamente, sería inadmisible que, para afinar y perfeccionar la dosis de algún fármaco, mientras tanto se experimentara

---

1988, 6, pp. 843-875; SERRA A., La sperimen-tazione sull'embrione umano: una nuova esigenza delta scienza e delta medicina?, «Medicina e Morale», 1993, 1, pp. 97-116

[545] El tema ha sido abordado ya en el capítulo sobre el aborto, pero para una mayor aclaración véase: CINQUE, PELAGALU, DAINI, DELL'ACQUA, SPAGNOLO, Aborto ripetuto spontaneo...

sobre el hombre, aunque estos experimentos implicaran un 80 por ciento de riesgo mortal. En cualquier caso, se habría de admitir por lo menos que, por ahora, la FIVET implica una pérdida injustificada de embriones humanos, a los cuales la razón (y no sólo la fe católica) reconoce la estructura y el valor de seres humanos.

A las otras objeciones que se hacen (de que se trata de un ser humano potencial, incapaz todavía de mantener una relación social, etcétera), respondimos ya en el capítulo sobre la interrupción voluntaria del embarazo[546].

---

[427]

Pero hay otra razón más de carácter ético que se debe tomar en consideración. La fecundación in vitro, incluso cuando es homologa, establece una disociación entre la dimensión unitivo-afectiva del acto conyugal y la dimensión procreativa y física. En la constitución de la conyugalidad, en la estructura y en la fenomenología, o lenguaje, como se dice, de la sexualidad humana, se verifica este hecho: el acto sexual une simultáneamente a los esposos (física y afectivamente, es decir en cuanto «personas») y los abre a la posibilidad de procrear. Separar el momento unitivo del procreativo equivale a romper la unidad de amor y vida en el acto conyugal.

A este propósito dice la Instrucción «Donum Vitae»:

«El acto conyugal con el que los esposos manifiestan recíprocamente el don de sí expresa simultáneamente la apertura al don de la vida: es un acto inseparablemente corporal y espiritual. En su cuerpo y a través de su cuerpo los esposos consuman el matrimonio y pueden llegar a ser padre y madre. Para ser conforme con el lenguaje del cuerpo y con su natural generosidad, la unión conyugal debe realizarse respetando la apertura a la generación, y ¡a procreación de una persona humana debe ser el fruto y el término del amor esponsal.

El origen del ser humano es de este modo el resultado de una procreación ligada a la unión no solamente biológica, sino también

546 Así dice la Instrucción-. «Esta destrucción voluntaria de seres humanos o su utilización para fines diversos, en detrimento de su integridad y de su vida, es contraria a la doctrina antes recordada a propósito del aborto procurado. La conexión entre la fecundación in vitro y la eliminación voluntaria de embriones humanos se verifica demasiado frecuentemente. Ello es significativo: con estos procedimientos, de finalidades aparentemente opuestas, la vida y la muerte quedan sometidas a la decisión del hombre, que de este modo termina por constituirse en dador de la vida y de la muerte por encargo. Esta dinámica de violencia y de dominio puede pasar inadvertida para los mismos que, queriéndola utilizar, quedan dominados por ella. Los hechos recordados y la fría lógica que los engarza se han de tener en cuenta a la hora de formular un juicio moral sobre la FIVET: la mentalidad abortista que la ha hecho posible lleva así, se desee o no, al dominio del hombre sobre la vida y sobre la muerte de sus semejantes, que puede conducir a un eugenismo radical» (parte n, pp. 37-38).

espiritual de los padres unidos por el vínculo del matrimonio. Una fecundación obtenida fuera del cuerpo de los esposos queda privada, por esa razón, de los significados y de los valores que se expresan, mediante el lenguaje del cuerpo, en la unión de las personas humanas»[547].

Por consiguiente, un acto de procreaciórrsin la expresión corporal priva a este acto no del elemento biológico (que se recupera tecnológicamente con la transferencia de los gametos), sino de la comunión interpersonal que se puede expresar de modo completo a través del cuerpo en su plenitud y unidad. La característica del amor conyugal es su totalidad y la plenitud del don de las dos personas. La sustitución del gesto corporal por la técnica determina una reducción del acto conyugal, un rebajamiento a la tipología de un acto técnico.

En una acción de pura técnica, el objeto construido sigue siendo ontológica-mente no homogéneo respecto del sujeto, manteniendo éste (el sujeto constructor) su propiedad y dominio. En las acciones de comunión y comunicación, como el acto conyugal, el sujeto se expresa a sí mismo y a otro sujeto, cuya igualdad respeta y con quien le está permitida la libre expresión. Entre los actos expresivos o lenguajes corporales el del acto conyugal tiene la característica de la plenitud y

[428]

de la totalidad: reducir la procreación a un hecho puramente técnico significa establecer una relación dominante «sujeto productor-objeto producido»; significa empobrecer y degradar el acto de la procreación en sentido tanto teológico como antropológico.

Pero a mi juicio hay que ahondar todavía más en nuestra reflexión: en el caso de la «fecundación» in uitro se introduce una causalidad parental múltiple y ajena a la pareja. Mientras en la IAH impropiamente dicha el ginecólogo lleva a cabo una acción subsidiaria y complementaria, previa a la fecundación, manteniéndose ésta al interior de la voluntad y la unión de la pareja, en el caso de la FIV el momento fecundante (el momento en que culmina un proceso de varios momentos vinculados entre sí y constitutivo del nuevo ser humano) lo efectúa un operador ajeno a la pareja.

Esto es tan cierto que, si por error se intercambiara el semen, ello no podría ser imputado a la naturaleza, sino que los biólogos podrían ser perseguidos jurídicamente[548]. La fecundación extracorpórea se vuelve así —aunque sea, parcialmente, desde un punto de vista de causa próxima y de responsabilidad inmediata— fecundación extraconyugal: de

---

[547] Ibi, p. II, n. 4.

[548] Para demostrar que no se trata de simples suposiciones, basta pensar en el caso de la mujer norteamericana que, habiendo solicitado ser inseminada con el semen depositado en un banco por el marido moribundo, tuvo la sorpresa de dar a luz una niña mulata (mientras ambos cónyuges eran de raza blanca). La mujer entabló una demanda por daños y perjuicios al banco y al médico que la inseminó. (El epi sodio lo refirió el periódico «La Repubblica» del 10 de marzo de 1990).

conyugal se mantiene el patrimonio genético, la voluntad de encargarlo y la gestación materna. Respecto de los padres, los términos «generación» y «fecundación» ya no son los adecuados en el caso de la FIV: pues quien en realidad lleva a cabo la fase decisiva de la procreación es alguien ajeno —o un equipo de extraños—, a la pareja. Por este motivo, que hay que agregar al anterior, pero que de suyo es suficiente, se comprende por qué el acto de amor conyugal es considerado en 4a enseñanza de la Iglesia como el único lugar digno de la procreación humana. Es obligado añadir que, a pesar de la posición que adopta la Instrucción «Donum Vitae», algunos moralistas católicos se mantienen todavía «posibilistas» en cuanto al llamado caso simple, esto es, el procedimiento de FIVET homologa que esté absolutamente libre de todo compromiso con la práctica abortiva de la destrucción de embriones[549].

Hecha esta salvedad (en realidad todavía no superada), consideran que la unidad entre dimensión unitiva y procreativa de la FIV homologa estaría asegurada de la misma manera que en la IAH impropiamente dicha: la unidad estaría dada por el llamado «contexto de amor conyugal» que da lugar a la solicitud y en el que se sitúa al ser naciente.

En cambio, ya hemos dicho que la Instrucción reitera que la globalidad de la vida conyugal no basta para asegurar la dignidad conveniente a la procreación

---

[429]

humana por lo que, incluso en el «caso simple», la técnica sigue siendo moralmente inaceptable porque priva a la procreación humana de la dignidad que le es propia y connatural. Es cierto que el caso simple no está gravado con toda esa negatividad ética que se advierte en la procreación extraconyugal, subraya la Instrucción[550]; pero aun cuando se haya hecho todo lo posible para evitar la muerte del embrión humano, sigue subsistiendo la ilicitud moral de la fecundación homologa in uitro.

Es sabido que, fuera de los moralistas católicos, entre aquellos que miran no las instancias éticas, sino la eficacia de los resultados, no sólo no se tienen preocupaciones ni remoras de carácter ético, sino que ni siquiera se detienen a considerar la FIVET homologa.

Desde el punto de vista jurídico, se permite ya la FIVET homologa incluso en las legislaciones más rigoristas. Pero todos sabemos que el punto de vista jurídico puede no coincidir con el punto de vista moral, y que en ocasiones la ley positiva humana colisiona con la ley moral[551].

---

[549] Véase, por ejemplo, BRUGUES J.L., Fecondazione artificíale: una scelta etica, Turín 1991.

[550] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. 11, n. 5.

[551] Algunos Estados han promulgado leyes para reglamentar las técnicas de reproducción artificial (Suecia, España, Alemania, Gran Bretaña, Austria, Australia, Estados Unidos, etcétera); otros han presentado Recomendaciones y Propuestas (Italia, Israel, Bulgaria, etcétera). Véase sobre el tema: SGRECCIA E., DI PIETRO M.L.,

Manteniéndonos aún en el campo jurídico, hay que agregar que no se puede apelar a ese «derecho a engendrar» que tendría la pareja. En realidad entre los cónyuges existe sólo un derecho a tener relaciones conyugales abiertas a la procreación; si así no fuera, sería ilegal o inválido cualquier matrimonio infértil. Por lo demás, como recordábamos ya a propósito de la capacidad de procrear, no se puede hablar de un «derecho al hijo».

Añadamos también que, como se ha visto ya muchas veces, en este tema se advierte una de las contradicciones más patentes de la cultura contemporánea. Por una parte, se propaga, mediante el aborto y la anticoncepción, la «mentalidad antivida»; pero por la otra, se reivindica a toda costa y por todos los medios el tener un hijo a través de la FIVET. Y surge la duda de si, tanto en uno como en el otro caso, no se está considerando al hijo más bien como un «complemento», como «objeto» respecto de los cónyuges, en vez de como un «sujeto» con valores propios y al que hay que desear y acoger por sí mismo y a través de las vías marcadas por el designio de vida y de amor que pasa por el interior de la familia.

---

[430]

El camino de la adopción, considerado hoy poco practicable, sería más accesible si los hijos fueran acogidos siempre y responsablemente y si se diera, también, la posibilidad de la «preadopción legal» en el caso de las madres que quisieran interrumpir el embarazo o, en cualquier caso, no pudieran tener consigo al hijo una vez nacido.

Incluso en el campo laico comienza a darse la voz de alarma en contra de esta tecnificación de la generación humana. N. Abbagnano, por ejemplo, escribe:

«En este campo, como en muchos otros, ciencia y técnica pueden y deben corregir y ayudar a los procesos naturales, pero no sustituirlos con artificios que anulen los efectos que sólo la naturalidad puede garantizar. Todo el mundo de la naturaleza tiene hoy necesidad de defensas contra las contaminaciones y las deformaciones masivas que el abuso de la técnica ha ido provocando. El hombre es parte integrante de

---

Manipolazioni genetiche e procreazione artificíale: orientamenti giuridicí e considerazioni etiche, «Il diritto di famiglia e delle persone», 1987, 3/4, pp. 1351-1447; ASCONE G.B., Rossi CARLEO L., La procreazione artificióle: prospettive di una regolamentazione legislativa del nostro Paese, Nápoles-Roma 1986. Para evidenciar el contraste entre ética y ley positiva baste pensar que, aunque desde el punto de vista de la ética personalista no se considere ético el recurrir a técnicas de «sustitución» del acto conyugal y se rechace la FIVET simple case, ninguna de las leyes actualmente aprobadas acoge tales instancias. Sólo la ley alemana pide una gradualidad de acercamiento a estas técnicas, por lo que se debe recurrir a la fecundación in vitro, con la fecundación de sólo tres embriones que se transfieren al útero, solamente en caso de que las otras técnicas no se revelen útiles para superar la esterilidad de la pareja.

este mundo; y su vida, comenzando desde el nacimiento, es la cosa más valiosa que hay que defender contra cualquier manipulación que disminuya su dignidad[552]»

Por su parte, dice el teólogo católico F. Boeckle:

«Hemos llegado visiblemente a un punto en que podemos hacer más de lo que nos está permitido, y es por eso que nos está permitido hacer todo lo que podamos»[553].

La fecundación artificial extracorpórea heteróloga

Este tipo de fecundación se propone como una «indicación» para salir al paso de patologías más complejas que las que la FIVET homologa toma en consideración.

En efecto, se puede dar el caso en que la esterilidad se deba **a la** imposibilidad de producir gametos —espermatozoides por parte del hombre, óvulos por parte de la mujer—; y en tal situación se solicita que intervenga un donador.

La donación de óvulos se efectúa a través de una pariente (por ejemplo, una hermana) o amiga; o, de forma anónima, de otra mujer durante una intervención quirúrgica de distinta naturaleza o durante la ejecución de otra FIVET. La indicación principal para la donación es la anovulación femenina.

Una de las mayores dificultades en la donación de ovocitos es la conservación de los óvulos, por lo que actualmente se efectúa la extracción sólo en el momento en que es posible fecundar el ovocito[554].

---

[431]

La donación de espermatozoides es técnicamente más simple de llevar a cabo puesto que el semen masculino puede ser congelado por mucho tiempo sin problema alguno. Se recurre a! semen de donador en el caso de aspermia o de oligospermia del hombre o para obviar la presencia de enfermedades genéticas en concomitancia con una patología de la mujer que «justifique» la necesidad de la «extracorporeidad» (por ejemplo, oclusión de las trompas).

---

[552] ABBAGNANO N., Addio cicogna, ora avremo ¡l neonato ordinato per telefono, «Corriere della Sera», 15 de octubre de 1984. Abbagnano se refiere a la fecundación in uiíro heteróloga, pero su tenor es válido, más allá de las intenciones del filósofo, también para la homologa.

[553] BOECKLE F., Le pouvoir de l'homme sur l'homme, en L'homme manipulé, Estrasburgo 1947, p. 185. Las palabras que habría pronunciado, según las notas de prensa, el papa Juan Pablo **I** ante la noticia del nacimiento de la niña Brown, esto es, de que compartía la alegría de los padres, no dicen nada acerca de la aprobación del asunto en si y de la **FIV.** La noticia la refiere **M**ORETTI **I.,** L'insemination artificelie, «Études», 1979, p. 351.

[554] Aunque la técnica de congelación de los óvulos está aún en fase experimental, ya se ha tomado posición a nivel legislativo para prohibir esta práctica, dado el escaso porcentaje de éxito. (Véase Di **P**IETRO, Analisi comparata...).

Hay que aludir también a otra patología que se pretende superar, la del útero: en este caso la mujer que aspira a la maternidad puede resultar idónea para la fecundación, pero no para la gestación. Entonces se propone y se practica el recurso a la llamada surrogate mother [femme porteuse, madre portadora, madre sustitutiva). Pero respecto de esta última se tiene una ulterior complicación del problema no sólo técnico-médico, sino también del ético y jurídico[555].

Algunos distinguen entre la madre sustitutiva y la madre sucedánea: en el primer caso la mujer, llamada a ofrecer el útero para la gestación, recibe ia implantación de un embrión que le es completamente ajeno; en el segundo caso, la gestación se produciría con la participación de la madre sucedánea incluso mediante la donación de su propio óvulo, donación hecha por cuenta de otra madre que lo encarga; pero la terminología no está bien diferenciada.

A fin de dar un juicio ético, la Instrucción «Donum Vitae» entiende por «madre sustituía» tanto a la mujer que lleva en gestación un embrión implantado en su útero, y que le es genéticamente ajeno, como a la mujer que contribuye a la gestación también con la donación de su propio óvulo, fecundado mediante inseminación con esperma de un hombre diverso de su marido[556], si se ha previsto ceder el recién nacido a la pareja que lo encargó.

Una práctica utilizada, aunque raramente, es la de transferir ai útero embriones obtenidos con ios gametos de otra pareja. Es la llamada donación de embriones, ios cuales pueden ser obtenidos o por una FIV precedente, o mediante la técnica del washing-out. Se entiende por este término el separar del útero a un embrión que inició ya la fase de implantación, para transferirlo al útero de la mujer solicitante.

A la donación de embriones se recurre generalmente en casos de anovularidad o de anteriores intentos fallidos de inseminación artificial o de fecundación in vitro heteróloga.

---

[432]

Complicados casos jurídicos han surgido juntamente con la complejidad de la casuística, y el problema de los embarazos múltiples no es el de menor importancia. La práctica de transferir varios embriones a fin de aumentar el porcentaje de éxito de la técnica comporta la posibilidad de que se implanten varios embriones y se inicie un embarazo múltiple. En estos casos se ha propuesto la reducción selectiva de los embriones, práctica que incluso se ha legalizado ya en Gran Bretaña[557].

---

[555] Para un análisis detallado del problema y de los tipos de maternidad sustitutiva, véase: Di **P**IETRO **M**.L., Fecondazione artificiale e frammentazione della maternità, «La Famiglia», 1992, 154, pp. 5-19.

[556] **C**ONGREGACIÓN PARA LA **D**OCTRINA DE LA **F**E, Instrucción..., p. II, n. 3.

[557] GREAT BRITAIN, Human Fertilization and Embryoiogy, en Luzi F. (Coord.), Fecondazione umana ed embriología nel Regno Unito , Roma 1991, pp. 381-480.

Pero en el plano de las tecnologías cada vez se van abriendo más posibilidades y resulta difícil seguir la evolución de cada una de ellas en todos sus detalles.

Tratando de analizar el conjunto de los problemas éticos que presenta la FIVET heteróloga y dando ya por válidas las reservas de juicio que la homologa suscita, podemos resumirlo en torno a las siguientes consideraciones:

– las repercusiones sobre la unidad matrimonial y conyugal;
– la identidad biológica, psicológica y jurídica del ser naciente;
– la hipótesis eugenésica;
– las consecuencias de que se involucre a la surrogate mother.

Las repercusiones en la unidad matrimonial y conyugal

Es fácil comprobar que, cuando se realiza la «donación» del semen, o del óvulo, o de ambos, se establece una diferenciación entre la figura de los «padres» y la figura de los cónyuges: ser progenitores no equivale (o equivale sólo en parte) a ser cónyuges.

La estructura unitaria del matrimonio se ve comprometida y rota, como hicimos notar en el caso de la IAH, y, además, la fecundación resulta ser extracorporal.

Tenemos, así, una doble infracción contra la unidad del matrimonio: se infringe la unidad genitorialidad-conyugalidad, y se infringe también la unión entre dimensión unitiva y dimensión procreativa del acto conyugal[558]: y así,

«el concepto de familia representa sólo un modo de interpretar y ordenar un conjunto de relaciones, sin referencia alguna a los vínculos jurídicos entre los adultos o sin conexión alguna de consaguinidad»[559].

---

[433]

Consideramos que este nuevo quebranto de la unidad familiar debe ser rechazado a nivel ético-racional. Y aquí no es válido comparar el caso con el de la adopción: ésta no comete infracción alguna contra la relación matrimonial, por cuanto que el niño adoptado ha tenido dos padres más o menos legítimos los cuales han dado juntos la vida al hijo y entre sí han tenido una relación de recíproca donación. En el caso de la adopción lo que se encomienda a otra pareja es la labor educativa.

[558] «La fecundación artificial heteróloga es contraria a la unidad del matrimonio, a la dignidad de los esposos, a la vocación propia de los padres y al derecho de los hijos a ser concebidos y traídos al mundo en el matrimonio y por el matrimonio (...) El recurso a los gametos de una tercera persona, para disponer del esperma o del óvulo, constituye una violación del compromiso recíproco de los esposos y una falta grave contra aquella propiedad esencial del matrimonio que es la unidad» (Instrucción, p. j, n. 2).

[559] EDWARDS J.N., New conceptions: biosocial innouations and the family, «Joumal of Marriage and and Family» 1991, 53, 2, pp. 346-360.

Tampoco se puede invocar el concepto de «donación» en el sentido de caridad—solidaridad, cuando se trata de gametos, como si se tratara de una donación de órganos o de sangre. En el caso de donación de un riñon para trasplante o de sangre para una transfusión, no se infringe unidad alguna ni se da vida a un nuevo ser humano.

Si no se planteara esta diferencia, y si se hubiera de ampliar tanto el concepto de caridad y altruismo, por el mismo principio se tendría que legitimar cualquier relación adúltera y extraconyugal. La verdad es que no valdría la pena tomar en consideración estas escapatorias, si no las hubiera sacado a relucir la literatura, no la médica o la médico-legal, sino en general la propagandística o de opinión de masas.

La disociación conyugalidad-genitorialidad se hace aún más grave y compleja cuando se asocia la figura de la madre sustitutiva.

La identidad del concebido

Es a este nivel donde se verifican las consecuencias más graves y, a veces, incluso extrañas. Mientras tanto, el que va a nacer tiene una identidad biológica que no coincide con la social. Dando por sentado el hecho de que cada uno de nosotros tiene derecho a saber de quién es hijo, cuando se le notifique su origen al sujeto nacido de FIVET heteróloga, este hecho determinará una dificultad de relación con los progenitores, uno de los cuales será putativo, manteniéndose desconocido el donador[560].

Esta exigencia y este derecho son reconocidos incluso a nivel jurídico, de tal manera que en la mayoría de los países que han legislado en la materia se pide que, aun respetando el anonimato de los donantes, se establezcan registros centralizados por los que se pueda saber al respecto —aunque sea genéricamente— cuando el hijo lo necesite.

Algunas legislaciones, ciertamente, quieren prescribir el secreto sobre el nombre del donador, pero este hecho no elimina la dificultad; ni valen tampoco las normas

---

[434]

[560] «La fecundación artificial heteróloga lesiona los derechos del hijo, lo priva de la relación filial con sus orígenes paternos y puede dificultar la maduración de su identidad personal» (CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, instrucción..., p. 11, n. 2). Véase sobre el tema: SOKOLOFF B.Z., Alternatiue methods of reproduction, «Clinical Pediatrics» 1987, 26, 1, pp. 11-17.

que se han propuesto acerca de la elección del donador, para que sea, además de sano, parecido también somática y psicológicamente al padre putativo[561]. Al faltar una normativa jurídica estos hechos revisten una mayor gravedad.

Los casos extraños y jurídicamente intrincados surgen cuando, al recurrir no al banco de semen sino al de embriones, éstos son implantados después de la muerte del padre donador (en el caso de la fecundación homologa) o después de que los que encargaron la intervención, como ocurrió recientemente, desaparecen por un accidente mortal, o quizás después de haber dejado una importante herencia al que va a nacer. Así, se ha dado el caso de los llamados «hijos del más allá», cuando el padre donador muere antes de la implantación, o los embriones quedan huérfanos antes de ser implantados en un útero materno, o bien, cuando la viuda desea un hijo del semen del marido fallecido, después de que el esperma fue obtenido deliberadamente durante la enfermedad que se preveía letal.

Son imprevisibles todavía las consecuencias eventuales de orden sanitario de la fecundación in vitro heteróloga por efecto de la congelación y de las sucesivas fases del proceso, y habrá que verificarlas con el paso del tiempo. Hay que hablar también de otra eventualidad tomada en consideración **a** nivel jurídico y en las discusiones acerca de los bancos de embriones. Puesto que con lo eyaculado por un solo hombre se pueden fecundar muchos óvulos, siendo luego implantados los embriones obtenidos de esta manera en diferentes mujeres, y dado que la «paternidad» del donador debe mantenerse desconocida —siendo, por otra parte, difícil de registrar— teóricamente se podrían dar entre una población un cierto número de consanguíneos ignorantes de que lo fueran entre sí. De esta manera, y al igual que dijimos acerca de la **IAH,** podrían darse casos de matrimonios entre consanguíneos; lo cual no tiene sólo una relevancia jurídica, sino también sanitaria, porque el matrimonio entre consanguíneos, como se sabe, aumenta el riesgo de enfermedades genéticas. Y el que, según el cálculo de probabilidades, esta contingencia resulte porcentualmente baja, no cambia el juicio ético.

El caso del hijo encargado por una pareja de homosexuales es tan aberrante en cuanto **a** la concepción parental de la procreación y de la estructura del matrimonio, que no requiere mayor comentario para poner de relieve su falta de ética. Pero para complementar el aspecto técnico, diremos que en el caso de la pareja de homosexuales hombres es necesario recurrir, obviamente, a la madre sus-titutiva; mientras que, por el contrario, dos mujeres homosexuales podrían obtener, aunque fuera hipotéticamente, un hijo incluso por el procedimiento de la clonación, con el patrimonio genético de la misma pareja —como decíamos en el

[561] W**ATTIAUX,** ¡nsémination artificielle, fécondation in vitro.-.; Q**TTADINI,** La fertilizzazione extracor-porea.

capítulo sobre las manipulaciones genéticas—, además de por el procedimiento de la FIVET heteróloga, que es la hipótesis tomada ahora en consideración a nivel legislativo.

[435]

El impulso hacia el eugenismo

Esta tendencia surge en la fase de selección del semen. No se trata de eugenismo cuando se prescriben normas de carácter sanitario y profiláctico en relación con los llamados «bancos de esperma»; pero de hecho no se limita a este nivel, porque los llamados reglamentos para la elección del donador insisten en cualidades físicas o intelectuales que hacen pensar en una especie de eugenismo.

No sabemos a ciencia cierta cuánta verdad encierre la noticia periodística del banco de California reservado a donadores intelectualmente superdotados (los premios Nobel). Pero por encima de las intenciones eugenésicas, sigue habiendo siempre el peligro de que los resultados sean muy inferiores a las expectativas, dado que la inteligencia no siempre resulta, en sus coeficientes, totalmente hereditaria; además de que las combinaciones genéticas pueden ser de lo más variadas al momento de unirse los gametos.

Las madres «sustitutivas»

Las llamadas surrogate mothers, o madres sustitutivas, han aparecido incluso con sus nombres y apellidos en revistas y pantallas de televisión[562]: son las mujeres que, mediante juna retribución, y.por la mediación de una agencia, han llevado a término por cuenta de terceros la gestación de embriones fecundados in vitro con óvulo y esperma de otras personas comitentes. Se ha dado el caso de madres que aun teniendo hijos propios han desempeñado esta tarea para dar un hijo a su propia hermana estéril; o el de una «madre en alquiler» que, después de haber gestado el hijo que le habían encargado, se rehusó a entregarlo al sentirlo como propio. En este caso de la sustitución de útero la pareja comitente se mantiene ajena a esta madre añadida, que, sin embargo, llega a estar íntimamente ligada al hijo por vínculos de estrecha comunicación biológica durante la gestación. Se origina así una manipulación de la corporeidad de un hijo que recibe el patrimonio genético de dos personas, mientras recibe la sangre, el alimento y la comunicación vital intrauterina (con consecuencias incluso a nivel psíquico) de otra persona, la madre sucedánea. Todo esto determina una serié de abusos en relación no sólo con el matrimonio, sino también con

[562] Véase «Time» del 10 de septiembre de 1984, pp. 34-40. Y también lo que refieren Di PIETRO, Fecondazione artificiale...; PACI G.M., Figli in provetta, Bari 1987; ANNAS G.J., Baby M.: babies and justice for sale, «Hastings Center Report», 1987, 17, pp. 13-15; MAY W.F., Maternità surrogata e mercato: un punto di vista, «KOS», 1991, pp. 34-38.

el hijo, que llega a ser tratado así como un ejemplar animal y no como una persona que tiene el derecho de reconocer a sus propios , padres y de identificarse con ellos.

---

[436]

La Instrucción «Donum Vitae» considera éticamente inaceptable la maternidad «sustitutiva», Por las mismas razones que llevan a rechazar la fecundación artificial heteróloga: porque

«es contraria a la unidad del matrimonio y a la dignidad de la procreación de la persona humana [...] Representa una falta objetiva contra las obligaciones del amor materno, de la fidelidad conyugal y de la maternidad responsable; ofende la dignidad y el derecho del hijo a ser concebido, gestado, traído al mundo y educado por los propios padres»[563].

Además se ataca no sólo a la unidad conyugal, sino también a la unidad parental, a la estrecha relación entre padres e hijos: «establece, en detrimento de la familia, una división entre los elementos físicos, psíquicos y morales que la constituyen»[564].

Hay quien ha querido parangonar a la madre sucedánea con la nodriza, considerando que el hecho no sólo sería lícito, sino una expresión incluso de altruismo. A nuestro juicio, se tiene que subrayar la diferencia de intensidad en la relación entre la madre sucedánea y el feto, respecto de la relación entre la nodriza y el niño. Hay quien enfatiza el riesgo de que la explotación del útero de la mujer dé paso a una nueva profesión, precisamente la de «madre sucedánea».

Un aspecto del problema que a menudo se soslaya es que objeto del contrato y de la compraventa no es sólo el útero de la madre sino también, y sobre todo, el niño.

En efecto, en los contratos «de arrendamiento», de los que se habla de cuando en cuando, la cantidad pactada —si fuera objeto de la compraventa sólo la maternidad gestante— debería ser entregada a la madre portadora desde el comienzo del embarazo, como «garantía» de la permanencia del hijo en el útero.

En cambio —y esto es un indicio de que el contrato tiene por finalidad la entrega del producto y, por consiguiente, la compraventa de hijos— parte del dinero se entrega al final del embarazo, después del parto, y si el hijo, por ejemplo, nace deforme, la pareja que lo encargó lo rechaza. ¿Por qué comprometerse y pagar toda la cantidad pactada por un «producto» que no satisface la demanda?

En consideración de los problemas ético-sociales inherentes al recurso a la maternidad sustituía, todas las legislaciones existentes,

[563] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. II, n. 3.
[564] Ibi., p. II, n. 3.

menos la del Estado de Arkansas (EUA), prohiben los contratos de sustitución o los consideran jurídicamente inválidos[565].

Entre otras cosas, si el hecho ocurriera en Italia con el régimen jurídico actual, como «madre» se habría de registrar a aquella de la que el hijo nace y no ya a la

---

[437]

que diera el óvulo para la fecundación o que hubiera encargado esta gestación, a menos que la madre que diera a luz no solicitara explícitamente no reconocer al hijo, el cual —declarado en estado de «adaptabilidad»— tiene muy pocas posibilidades de ser confiado a la pareja que lo encargó.

Fecundación in vitro y experimentación

Incluimos en este apartado todos los procedimientos experimentales que, pasando a través de la fecundación in vitro, son activados con la intención de adquirir conocimientos sobre el DNA humano, las compatibilidades inmunológicas, la acción de los fármacos, etcétera, también con la finalidad de llevar a cabo verificaciones de ulteriores combinaciones con la clonación de células embrionales, o la fecundación interespecífica[566].

Algunos autores, refiriéndose sobre todo a la clonación, designan a estas técnicas con el término de «fecundación asexual» (asexual fertilization).

La experimentación en fetos o en embriones fecundados in **vitro**

Aunque estos experimentos se practiquen también en embriones sobrantes y en fetos obtenidos por aborto espontáneo o provocado (tema éste sobre el que se deberá hablar por separado), algunas legislaciones prevén esta posibilidad de construir embriones con fines experimentales[567]. Se pone como límite el lograr dos semanas de desarrollo, momento en que comenzaría a formarse la línea embrional primitiva, y el embrión habría terminado la fase de implantación. Otras normativas, como la ley alemana y la ley del Estado de Victoria (Australia), permiten la experimentación hasta la singamia, es decir, hasta 21-22 horas desde la fecundación[568].

---

[565] Di PETRO, Analisi comparata...

[566] Véase sobre el tema: DYSON, HARRIS, Experiments on...; DUNSTAN, SELLER, The status of...; SPAGNOLO, SGRECCIA, // feto umano...; SERRA, La sperimentazione...

[567] Véase a este propósito la ley inglesa, que en el art. 3, inciso 2, reza: «A licence cannot authorize... keeping or using an embryo after the appearance of the primitive streak...» (GREAT BRITAIN, Human Fertilization...).

[568] Cfr. ALEMANIA FEDERAL, Embrvonenschutzgesetz - EschG, 13.12.1990 (el texto se reproduce, traducido al italiano, en «Medicina e Morale» 1991, 3, pp. 509-512); ESTADO

No se han descrito todavía los tipos de experimentos que se pueden llevar a cabo en embriones in vitro, en los primeros días de desarrollo; pero pueden ser

---

[438]
todos aquellos relativos al DNA recombinante y otros de tipo farmacológico o bioquímico.

Dos son las razones que se aducen para justificar estos experimentos: una es la negación del carácter Humano del embrión en esta fase; se insiste en general en la afirmación de que el embrión, por lo menos hasta la formación del sistema nervioso, debe ser considerado como una personalidad humana «potencial»; la otra razón es de tipo científico «terapéutico»: se trata de experimentos necesarios para el avance de la ciencia y la curación de las enfermedades, sobre todo las genéticas, de otro modo incurables. Y se argumenta que puesto que sin experimentación la ciencia médica no progresa y la experimentación en animales no siempre se puede homologar, especialmente en lo referente a los códigos genéticos, por tanto hay que recurrir forzosamente a este tipo de experimentos.

Ahora bien, queriendo aclarar brevemente estas dos motivaciones y repitiendo conceptos expresados en otros capítulos, debemos decir, ante todo, que el embrión humano desde un punto de vista ontológico y ético es un ser humano individualizado no ya potencial, sino real; lo que es potencial es sólo el desarrollo, que, por lo demás, continuará incluso después del nacimiento. Aunque hubiera duda sobre el concepto filosófico de «personalidad», sigue existiendo la prohibición ética de interrumpir esa vida, la cual, si se la deja crecer, tiene ya en sí desde ahora **la** capacidad real de madurar como persona humana; pues es en la vida física sobre la que se pueden hacer realidad todos los demás tipos de valores. La obligación de defender la vida se toma fundamental y prioritaria respecto de los otros valores, incluido el de la adquisición de nuevos conocimientos científicos.

DE VICTORIA (AUSTRALIA), Ley nº 10163/1984 sobre la esterilidad (procedimientos médicos) (el texto, traducido al italiano, aparece en Luzi F. (coord.), Le nuove tecnologie di riproduzione umana: legislazione e dibattito in alcuní Paesi, Roma 1986, pp. 33-37); ID., Legge di emendamento sulle procedure mediche per la sterilitá, 1987. El texto, traducido al italiano, aparece en: Luzi F. (coord.), Riproduzione umana assistita,
embriología e terapia medica in Australia e negli Stati Uniti, Roma 1991, pp- 5-13. Nos ocupare-
mos también en el capítulo 13 de los experimentos sobre fetos abortivos y de la obtención de tejidos fetales en útero o después del aborto.

Además, el principio terapéutico no se puede aplicar «in vivo», cuando se da un alto porcentaje —en estos casos, la certeza— de muerte del sujeto en el que se lleva a cabo el experimento[569]. En este punto, la ética de la experimentación en

[439]

el hombre es contundente, y no puede obviarse aduciendo motivos de oportunidad o utilidad. Sólo en los campos de concentración nazis se aceptaron y adoptaron experimentaciones en vivo que preveían posible la muerte de los sujetos, naturalmente sin su consentimiento. El hombre vale más que la ciencia y, sobre todo, vale más que las aspiraciones de los científicos. En este punto es explícito el Código de Helsinki en lo referente a la reglamentación de la experimentación en el hombre.

La clonación

La clonación, a la que hacíamos referencia en el capítulo sobre la genética, consiste en la «reproducción» de dos o más individuos genéticamente idénticos.

Puede obtenerse al menos de dos modos diferentes: por la fisión gemelary por la transferencia de núcleo.

La fisión gemelar es el proceso por el que un solo óvulo fecundado —esto es, el embrión en el estadio de una célula en las primerísimas fases de desarrollo—, sale al paso de una particular división y luego a la generación de dos embriones idénticos que darán origen a dos individuos idénticos también. Los gemelos humanos monovulares idénticos son, precisamente, el resultado de una clonación natural. La posibilidad de

---

[569] Así se expresa la Instrucción a propósito de la experimentación en embriones vivos: «La investigación médica debe renunciar a intervenir sobre embriones vivos, a no ser que exista la certeza moral de que no se causará daño alguno a su vida y a su integridad ni a la de la madre, y sólo en caso de que los padres hayan otorgado su consentimiento, libre e informado, a la intervención sobre el embrión. Se desprende de esto que toda investigación, aunque se limite a la simple observación del embrión, seré ilícita cuando, a causa de los métodos empleados o de los efectos inducidos, implicase un riesgo para la integridad física o la vida del embrión.

Por lo que respecta a la experimentación, presupuesta la distinción general entre la que tiene una finalidad no directamente terapéutica y la que es claramente terapéutica para el sujeto mismo, es necesario distinguir la que se practica sobre embriones todavía vivos de la que se hace sobre embriones muertos. Si se trata de embriones vivos, sean viables o no, deben ser respetados como todas las personas humanas; la experimentación no directamente terapéutica sobre embriones es ilícita.

Ninguna finalidad, aunque fuese en sí misma noble, como la previsión de una utilidad para la ciencia, para otros seres humanos o para la sociedad, puede justificar de algún modo las experiencias sobre embriones o fetos humanos vivos, viables o no, dentro del seno materno o fuera de él. El consentimiento informado, requerido para la experimentación clínica en el adulto, no puede ser otorgado por los padres, ya que éstos no pueden disponer de la integridad ni de la vida del ser que debe todavía nacer. Por otra parte, la experimentación sobre los embriones o fetos comporta siempre el riesgo, y más frecuentemente la previsión cierta, de un daño para su integridad física o incluso de su muerte» (p. I, n. 4).

manipulación del embrión precoz por parte del hombre ha hecho posible la realización artificial de una clonación semejante.

De los dos embriones, obtenidos por clonación artificial, uno podría ser congelado para ser utilizado, posteriormente, en caso de muerte del gemelo o, hipótesis horrenda, como reserva de tejidos y de órganos en caso de necesidad. De hecho los órganos presentes en este embrión tendrían una tipificación idéntica a la de los órganos del gemelo, y no serían objeto de rechazo.

La transferencia de núcleo, o nuclear-transfer, se puede realizar, y de hecho se ha realizado en algunos anfibios, de la siguiente manera: al óvulo fecundado se priva de su núcleo, antes aún de que se haya formado el cigoto, sustituyendo luego este núcleo aploide, en el que no se ha dado aún la recombinación de los cromosomas de origen materno o paterno, con el núcleo diploide obtenido de una célula somática del adulto de la misma especie (de la piel o del intestino, por ejemplo). Si se pusiera este núcleo en el ambiente del citoplasma del óvulo fecundado, se volvería totipotente, perdiendo las inhibiciones que experimentó en el curso de la diferenciación, y dando origen a un individuo perfectamente idéntico («fotocopia») a aquel del que se obtuvo la célula somática. Se trataría en definitiva de una fecundación «asexual». Teóricamente, con este método se podría construir todo un ejército de individuos perfectamente idénticos[570].

---

[440]

Se podría obtener, además, el núcleo de células de cuerpos hibernados. No se sabe de experimentos de este género en el hombre, pero, puesto que se ha adelantado la hipótesis, era necesario hablar explícitamente de ello. No se necesitan muchas palabras ni razonamientos para rechazar desde el punto de vista ético esta tecnología que se sitúa fuera no sólo del contexto familiar, sino también del sexual.

«Los intentos y las hipótesis de obtener un ser humano sin conexión alguna con la sexualidad mediante "fisión gemelar", clonación o partenogénesis, deben ser considerados contrarios a la moral en cuanto que están en contraste con la dignidad tanto de la procreación humana como de la unión conyugal»[571].

Además, la finalidad eugenésica y el futuro del concebido, desprovisto de una paternidad normal, representan claras contraindicaciones de esta quimera. El hecho de que se busque eventualmente sólo una finalidad experimental, sin una vida futura de los embriones clonados, no sólo no cambia el juicio ético, sino que lo agrava.

[570] Una descripción completa de todas estas hipótesis la hace desde el punto de vista jurídico LOMBARDI VALLAURI L, Bioética: potere, diritto, «Jus», 1984, XXXI, I-2, pp. 41-80.
[571] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. I, n. 6.

La hipótesis de fecundación de dos lesbianas por esta vía entra en el marco de estas hipótesis de ciencia ficción, pero igualmente posibles.

Fecundación y gestación interespecifica

Se entiende por fecundación interespecífica o hibridación, la posibilidad de fecundación entre gametos humanos y gametos animales. La gestación interespecífica, en cambio, es la posibilidad de implantar embriones de una especie en el útero de animales de otra especie.

Estas técnicas, ya aplicadas en animales (conejillo de Indias-conejo, cabra-oveja, etcétera) se han imaginado como hipótesis también para el hombre (por ejemplo, inseminación de laTiembra del chimpancé con esperma humano), en la eventualidad —irrealizable de hecho, aunque alguien la haya propuesto— de poder «producir» seres subhumanos para destinarlos al desempeño de trabajos repetitivos o desagradables, o bien para utilizarlos como «almacén» de órganos para trasplante.

El juicio ético es claramente negativo no sólo en lo referente a la «viabilidad» de estos embriones sino también respecto de los experimentos mismos, al contrariar del modo más patente y monstruoso posible la identidad humana y la dignidad del sujeto y de la familia. Y aquí resulta verdaderamente oportuna la cita de Chesterton: «El loco no es el que ha perdido la razón; es aquel que ha perdido todo salvo la razón»[572]. Parece ser que en Inglaterra se ha solicitado al Comité gubernamental autorización para implantar experimentalmente un embrión humano en el útero de un animal a fin de poder estudiar las reacciones inmunológicas.

La Instrucción «Donum Vitae» afirma que:

---

[441]

«los intentos y proyectos de fecundación entre gametos humanos y animales y la gestación de embriones humanos en útero de animales [...] son contrarios a la dignidad del ser humano propia del embrión y, al mismo tiempo, lesionan el derecho de la persona a ser concebida y a nacer en el matrimonio y del matrimonio»[573].

Estando ya para concluir este tema, repitamos lo que dijimos al principio sobre la desescalada del valor humano, a medida que se avanza con este tipo de experimentos en el campo biomédico.

Pero hay que añadir también dos observaciones. Ante todo, habría que vincular esta degradación con un modelo de medicina que de este modo se va afirmando progresivamente, y que incluso ha sido defendido teórica y epistemológicamente. Se trata de una perspectiva reduccionista

[572] Citada por LOMBARDI VALLAURI, Bioética..., p. 80, de CHESTERTON T., Ortodoxia, cap. I.

[573] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, instrucción..., p. I, n. 6.

de la medicina, no sólo como método, sino también como intención[574]; de una medicina que se hace reduccionista e ideológica en el sentido de que prescinde de la persona humana y de su valor ontològico, situando a la biología humana en el mismo plano de la animal.

La otra consideración que debemos hacer a manera de conclusión es que, hasta el presente, muchos Estados no han reglamentado jurídicamente todavía esta materia de la fertilización humana in vitro y de los experimentos con ella vinculados, por lo que se debe solicitar, al tratarse de una materia que toca al valor de cada persona y del matrimonio. Estos dos pilares son válidos y obligados incluso para el derecho. Cualquier legislación deberá mantener ciertos fundamentos básicos, aunque no esté casada con una determinada moral religiosa. Estos pilares se pueden identificar racionalmente, desde el punto de vista de la bioética, en la defensa de la vida del embrión, en la defensa de la unidad de la familia (en sentido biológico y afectivo la fecundación sigue siendo un hecho exclusivo de los cónyuges) y en la defensa de la identidad del concebido, cuya manipulación se debe evitar. Estos tres principios se han expresado autorizadamente[575] en los documentos que el Magisterio católico ha dirigido a las sociedades científicas y a las autoridades gubernativas. Pero la realidad es que las legislaciones ya existentes no tienen presentes tales pilares fundamentales o los soslayan sencillamente[576].

Desde nuestro punto de vista en el plano jurídico —dada la óptica de la moral que es diversa de la que es propia del derecho— podría mantenerse abierta la posibilidad, o ser considerada como legítima (cosa que de hecho ocurre), sólo la

---

[442]

FIVET homologa, siempre que no haya dispersión de embriones ni el riesgo de embriones no utilizados, lo cual ni la práctica ni los métodos utilizados garantizan todavía; mientras que también la ley positiva debe comprometerse para defender la incolumidad y el carácter humano del embrión, así como la unidad de la familia en el sentido de que haya una correspondencia entre genitorialidad y conyugalidad. Por esto, la ley positiva, al igual que la moral, debería declarar como no viables todos los métodos de donación de gametos, de sustitución dé la maternidad, asi como las prácticas relativas a la clonación y a la experimentación en embriones. No será fácil para las autoridades políticas poner freno al afán de las parejas que desean «un hijo a toda costa», a las instancias

---

[574] CIARANFÍ E., L'evoluzione della medicina ed i problemi che ne derivano, «Federazione medica», 1985, xxxv, pp. 292-295; LOMBARDI VALLAURI, Bioetica..., p. 42.

[575] JUAN PABLO II, Discurso a la Asociación Médica Mundial; EPISCOPADO CATÓLICO DE GRAN BRETAÑA, Fertilizzazione in vitro: moralità e politica sociale, «Medicina e Morale», 1983, 4, pp. 435-448; CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción...

[576] Véase Di PIETRO, Analisi comparata...

de los investigadores y a las reivindicaciones de ciertas corrientes ideológicas. El Estado debería estar interesado, en cambio, en impulsar la investigación científica hacia el objetivo de la auténtica terapia de las enfermedades y hacia la defensa de la vida humana de los ya nacidos o que van a nacer, así como la defensa de la unidad de la familia.

Pero aunque la ley no acogiera estas instancias éticas, se tendría que imponer por lo menos el reconocimiento de la facultad de plantear la objeción de conciencia, lo mismo que para el aborto[577], por parte de cuantos se vieran involucrados en cualquier tipo de manipulación del embrión humano mediante la FIVET.

Es por la falta actual de una normativa semejante en Italia —donde, entre otras cosas, ni siquiera se ha puesto en marcha un debate parlamentario al respecto—, y a causa de los frecuentes abusos que llevan a cabo médicos y biólogos, por lo que se ha suscitado el interés y se entablan debates en muchas partes de este país.

LA SELECCIÓN O PREDETERMINACIÓN DEL SEXO

Con esta expresión se indican aquellos procedimientos de fecundación que pueden permitir a los padres predeterminar y escoger el sexo del ser naciente[578].

El tema es tratado como apéndice cuando se habla de la FIVET y de la manipulación de los embriones, porque, por más que no dispongamos todavía de una

---

[443]

técnica precisa ni de una práctica en la materia, las investigaciones van encaminadas hacia estos métodos principalmente (existe también un método «natural», como veremos) y se prevé que pronto se querrá llegar a lograr también este objetivo, mediante alguna forma de manipulación tecnológica de los genes y de los embriones.

[577] LOMBARDI VALLAURI, Bioética..., p. 70. Este derecho lo reconoce, por ejemplo, la ley inglesa (GREAT BRÍTAIN, Human Fertilization..., art. 38).

[578] LARGEY G., Reproductive technologies: sex selection, en Enciclopedia of Bioethics, pp. 1439- 1443; DE MARINE L., BARBARINO A., SERRA A., Biología della differenziazíone sessuale, «Medicina e Morale», 1984, 2, pp. 155-165; MCSWEENEY L., Report to VIth International Institute of Ovulation Method, Los Angeles 1980; FLETCHER J.C., Is Sex Selection Ethical?, en «Progress in Clinical and Biological Research», vol. 28, Nueva York 1983, pp. 333-334; DIASCO R.B., GLASS R.H., Effects of pH on the migration of x and y sperm, «Fertility and Sterility», 1971, 22, pp. 303 ss.; FRANCE J.T. etal., A prospective of the preselection of the sex of offspring bv timing intercourse relative to ovula tion, «Fert. Ster. » 1984, 42, pp. 894-900; HARLAP S., Gender of infants conceived on different days of the menstrual cyc/e, «NEJM», 1979, 300, pp. 1145 ss.; ZARUTSKIE P. et al., The clinical relevance of sex selection techniques, «Fertility and Sterility», 1989, 6, pp. 891-904.

Dado que la situación no están aún bien configurada, nos limitaremos a algunos datos concernientes a:

a) las razones que motivan este tipo de investigaciones;
b) los métodos tomados en consideración hasta ahora;
c) la licitud de la predeterminación del sexo por parte de la familia.

Las razones que motivan estos intentos

Estas razones pueden resumirse así:

– la prevención de enfermedades vinculadas al sexo (hemofilia, parkinsonismo, etcétera): podríamos definirla como una razón de carácter terapéu-tico-preventivo;

– el control de los nacimientos: se sabe que algunas parejas que desean tener por lo menos un hijo de sexo distinto de los hijos ya nacidos de un mismo sexo, en su afán de buscar ulteriores concepciones llegan a formar una familia numerosa, que podría resultar hasta onerosa; de tal manera que si se pudiera controlar el sexo, esto contribuiría a controlar los nacimientos;

– la finalidad experimental: para conocer de qué modo se determina el sexo en el encuentro entre los gametos femeninos con los masculinos portadores del cromosoma X o del cromosoma Y, no hay más remedio que experimentar, lo mismo que para comprobar si, además de los cromosomas X y Y, hay que considerar también otros factores concomitantes como, por ejemplo, el antígeno HY;

– simple y sencillamente, ¡a preferencia de los padres;

– el empuje ideológico hacia el sexo considerado superior.

Puesto que la moralidad de una acción se juzga también por el fin buscado por quien la efectúa, habrá que tener presentes estas diversas finalidades para poder elaborar un juicio ético.

Métodos hipotéticos o en vías de experimentación

La moralidad de un acto, sin embargo, depende también del método y de los medios que se utilizan.

---

[444]

Los métodos para el control del sexo del que va a nacer y para su determinación pueden referirse a varios momentos de la concepción humana.

Ante todo, se puede comenzar por buscar el control de los factores determinantes interviniendo en una primera fase de la concepción.

El hecho de que el sexo del ser naciente se deba al tipo de espermatozoide que fecunda al óvulo, esto es, según que contenga el cromosoma X (ginosperma) o el Y (androsperma), induce a los investigadores a profundizar los conocimientos sobre lo que determina la presencia del cromosoma preferido y, además, a controlarlo de manera que entre tantos espermatozoides presentes en una eyaculación estén los que se desea que fecunden al óvulo.

Sin embargo, se tiene ya la suficiente certeza de que la determinación del sexo no depende sólo de la presencia del X y del Y, sino también de la presencia de uno o más genes específicos que codifican la expresión de un anti-gen, el anti-gen HY (AgHY); éste a su vez interactuaría con receptores específicos e inespecíficos de las células. Habría de todos modos que lograr establecer la localización del gen que codifica por este anti-gen y de los genes represores, así como el mecanismo por el que actúa el anti-gen en el momento en que se determina la evolución de la gónada indiferenciada. Pero parece prematuro concluir proponiendo un modelo genético para el control de la expresión del anti-gen HY.

El otro método de investigación se mueve en la línea de la espermatogénesis, para establecer cuáles son los factores (factores bioquímicos, temperatura, estrés) que pueden favorecer la maduración de androspermas o ginospermas: establecer las condiciones podría permitir que hubiera una producción más abundante del esperma deseado. Pero las cosas no se presentan así de fáciles, porque existen diferencias entre los sujetos masculinos, y en el mismo sujeto en diferentes tiempos.

Otros métodos sometidos a experimentación (Rasvik y Shettles) pretenden controlar las condiciones bioquímicas de las vías genitales que pueden favorecer, en relación con la presencia de un ambiente ácido o alcalino, una mayor movilidad de los ginospermas o de los androspermas. Parece que algunos controles han dado ya algún resultado, pero no hay nada definitivo todavía.

Otra hipótesis, tampoco comprobada aún, supone que los androspermas son más pequeños que los ginospermas, por lo que se piensa en dotar a la mujer de un diafragma filtrante.

De igual manera, se ha pensado también en utilizar espermatozoides, seleccionados mediante centrifugación, electroforesis, etcétera, para la fecundación in uitro o la inseminación artificial.

Las investigaciones más avanzadas han demostrado resultados positivos con el uso del método Lizuka: el líquido seminal es sometido a centrifugación y los ginospermas, a diferencia de los androspermas, conservan todavía la capacidad de fecundar al óvulo; de esta manera es posible concebir sólo sujetos de sexo femenino.

---

[445]

La electroforesis, en cambio, permite separar los androspermas de los ginospermas sin alterar la capacidad fecundante y, por tanto, utilizar ambos para la fecundación deseada.

Métodos proyectados después de ia concepción

Estos métodos son más graves desde el punto de vista ético, y desde el punto de vista humano más costosos también, porque son más invasivos.

Un método proyectado por Gardner y Edwards es la microcirugía: consiste en extraer la blástula de la madre, en el periodo evolutivo adecuado para la determinación del sexo, y observarla para comprobar si es del sexo deseado, reim-plantándola o eliminándola según sea del sexo o no que se prefiere. Sin embargo, sólo el 20 por ciento de las reimplantaciones tiene éxito; pero hay que considerar que las blástulas de sexo diverso del deseado son destruidas. Este experimento se ha llevado a cabo ya en conejos.

Otra técnica se basa en la amniocentesis para determinar el sexo desde la 12ª semana: una vez determinado, se sigue planteando el problema de cómo se efectúa la selección en orden al sexo deseado.

Los métodos naturales y la selección del sexo

Distinto es el caso en que para predecir, y no para seleccionar, el sexo, se aprovechan situaciones naturales como la producción de moco con determinadas características por parte del cuello del útero, en relación con las diversas fases del ciclo y del momento de la ovulación.

Según algunos estudios sobre el método Billings, que se basa precisamente en la observación del moco cervical y de la sensación que éste produce a nivel de los genitales externos durante el ciclo menstrual, habría la posibilidad de favorecer el nacimiento de un hijo del sexo deseado. En efecto, cuando se tiene una relación sexual en los días en que el moco cervical es menos fluido, y por esto en los días más alejados del «pico» y del momento de la ovulación, puesto que los androspermas serían más débiles y menos idóneos para la movilidad y para subir hacia las trompas, se considera que se favorecería el nacimiento de mujeres; siendo más alta la probabilidad del nacimiento del varón, en el periodo de máxima fluidez del moco cervical.

Los experimentos reseñados proporcionan inicialmente una cierta confirmación estadística[579].

---

[446]

La valoración ética

Siendo muchos los problemas éticos implicados, todos ellos se refieren ante todo a la legitimidad misma de la predeterminación del sexo

[579] Véase el estudio nigeriano coordinado por Leonie McSweeney, según el cual el porcentaje de éxito es del 94 por ciento. Los mismos resultados los ha obtenido Dedé con un éxito igual al 83.5 por ciento (DEDÉ A., // metodo Billings: marcatore della fertilità per la predeterminazione del sesso del concepito, en Actas del Congreso Internacional sobre «La regulación natural de la fertilidad hoy. Certezas y dudas» (Milán 9-11 de diciembre de 1988), Roma 1989, pp. 485-487. Véase BILLINGS E., WESTMORE A., // método Billings (trad. de A. Cappella), Milán 1983, pp. 69-70.

por parte de los padres y, por tanto, a los motivos para ello. Además, debemos preguntarnos si no podría instaurarse una especie de ideología «sexista», que podría ser cultivada en la mentalidad social o explotada incluso por el poder político. Y habrá que preguntarse también sobre las consecuencias que podrían tener las desproporciones sociales en la relación varones/hembras, asi como las consecuencias sanitarias derivadas de la utilización de algunas tecnologías selectivas (por ejemplo, las microquirúrgicas).

Finalmente, la moralidad de los métodos varía según su fuerza determinista, según los riesgos que corra el embrión y según el carácter de manipulación del patrimonio genético.

Además de que, a falta de una convalidación de cada uno de los métodos, no es posible dar un juicio ético analítico definitivo.

Mientras tanto, nos parece que podemos aportar ciertos lineamientos de orden ético, entendidos como orientaciones en línea de principio.

Las finalidades o motivaciones

Dando por supuesta la validez ética del método empleado, la finalidad que parece ser la más legítima y éticamente admisible es la terapéutica, referida a la prevención de enfermedades genéticas ligadas al sexo, en virtud del principio terapéutico considerado en el aspecto de la prevención. De todos modos, no nos parece, incluso en este caso, que la sociedad pueda eventualmente imponer a los padres el que tengan que eligir el sexo considerado como no portador de la anomalía genética. Los padres son responsables de la decisión procreativa y del número de hijos; por tanto, la injerencia del Estado sería indebida si impusiera limitar el número de hijos o abstenerse de concebir. Considero que el Estado tampoco tiene competencia en cuanto a determinar el sexo del ser naciente, ni siquiera por razones eugenésicas. El Estado puede proponer eventualmente una educación sanitaria, pero no imponer una selección de los que van a nacer.

En cuanto a la finalidad ideológica, se diría que en la actualidad, tras las campañas de paridad e igual dignidad entre el hombre y la mujer, se advierte menos que antes el sentido de la superioridad de un sexo sobre el otro. Pero en determinados contextos sociales o en tiempos de guerra, pueden surgir ciertos impulsos ideológicos o de apología del sexo preferido. En este caso la ideología lesiva del respeto debido a la persona humana, que es de igual dignidad en todo individuo

---

[447]

prescindiendo del sexo, inficionaría la elección, haciendo que lesionara los valores morales. Este hecho sería tanto más grave, cuanto la ideología estuviera fomentada por el poder político con unos objetivos de dominación racista.

La finalidad educativa **y** de equilibrio familiar

La presencia de hijos de sexo diverso en la familia parece ser de mayor utilidad educativa y para tener un mejor equilibrio psicológico. Esto, obviamente, no representaría una finalidad. Nos parece que no hay culpa alguna en desear un varón después del nacimiento de una o más mujeres, o viceversa, siempre y cuando ese bien sea medido sobre los hijos más que sobre los gustos y deseos de los padres y con tal que sigan estando dispuestos, en todo caso, a acoger al hijo que viene cualquiera que fuere el sexo, sin rechazos psicológicos ni tentaciones abortistas.

La finalidad de controlar los nacimientos

Según el principio de la procreación responsable, es admisible una justa regulación del número de hijos; y, por esto también, la búsqueda de un sexo distinto entre los hijos. Pero lo decisivo a este propósito es que no se dé el menor asomo de egoísmo, sino que haya un motivo proporcionalmente serio para la limitación, cobrando gran relevancia a este respecto la elección del medio que se vaya a utilizar para lograrla. Obviamente, hay que descartar una finalidad puramente experimental, cuando se trata del hombre, en especial si implica algún riesgo.

La licitud de los métodos y de las técnicas

Este aspecto del problema es el que nos parece más arduo y complejo. Deben excluirse, sin más, las técnicas que suponen la supresión de los embriones o blástulas del sexo no deseado, como en el caso considerado del empleo de la micro-cirugía y reimplantación. Y hay que excluir también las técnicas de manipulación embrional o genética, cuando —como es el caso— no hay una finalidad estrictamente terapéutica y existen, además, riesgos para la vida embrional.

Asimismo se excluirán las técnicas de absoluto determinismo tecnológico. El Consejo de Europa ha prohibido explícitamente la predeterminación del sexo mediante manipulaciones biológicas, prohibición que también está presente en la Instrucción, la cual considera tales técnicas «contrarias a la dignidad personal del ser humano, a su integridad y a su identidad»[580]. Lo lícito es «poner las condiciones» para que pueda nacer el sujeto de sexo deseado cuando existen motivos válidos,

---

[448]

pero estando en disposición de acoger al sujeto cualquiera que sea el sexo que se determine. Nos parecen aceptables, por esta razón, las técnicas que se basan en el respeto del embrión y de la persona de los cónyuges, de su relación sexual en su dignidad no sólo física, sino también afectiva y espiritual. Tales serán solamente aquellos métodos

[580] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. I, n. 6

que tengan en cuenta el ambiente bioquímico idóneo y la fisiología del acto procreativo, pero también los vinculados con el «método de la ovulación».

En conclusión, puesto que para la moralidad tanto de éstos como de otros procedimientos se requiere que sean lícitas las finalidades y también los métodos utilizados, nos parece poder concluir que es lícita la búsqueda del sexo deseado cuando se empleen métodos naturales consistentes en poner las condiciones favorables al acto conyugal; a condición, además, de que la elección se haga por razones terapéuticas o de equilibrio psico-pedagógico de la familia. Y, finalmente, con la condición de que esa búsqueda no sea impuesta desde el exterior a la pareja.

BIBLIOGRAFÍA

Aa. Vv., MEDICINA E GENÉTICA VERSO IL FUTURO, Japadre, L'Aquila 1986.

—, ATTUALITÁ DELLA TEOLOGÍA MORALE, Urbaniana Univ. Press, Roma 1987.

—, LA PROCREAZIONE ASSISTITA. ASPETÜ SCIENTIFICI, ETICI E GIURIDICI, LDC, Leumann 1989.

Abbagnano N., ADDIO CICOGNA, ORA AVREMO IL NEONATO ORDINATO PER TELEFONO, «Corriere della Sera», 15.10.1984.

Alemania Federal, EMBRYONENSCHUTZGESETZ - ESCHG, 13.12.1990 (el texto traducido al italiano se reproduce en «Medicina e Morale» 1991, 3, 509-512).

Alpa G-, LA PROCREAZIONE ARTIFICÍALE TRA ETICA E DIRITTO, «Il Diritto di Famiglia e delle Persone», 1987, luglio-dicembre, 941 ss.

American Fertility Society and Medical Research International, IN VITRO FERTILIZATIONJ EMBRYOTRANSFER IN THE UNITED STATES: 1985 AND 1986 RESULTS FROM THE NATIONAL IVF/ ETREGISTRY, «Fertility and Sterility», 1988, 49, 212-215.

Annas G.J., BABY M.: BABLES AND JUSTICE FOR SALE, «Hastings Center Report», 1987, 17, 13-15.

Anónimo, CONCEPTION IN A WATERGLASS, «NEJM», 1937, 217, 678.

Asch R.H., Balmaceda J.P. et. al., PRELIMINARY EXPERIENCES WITH GAMETE INTRAFALLOPIAN TRANSFER (GIFT), «Fertility and Sterility», 1986, 45, 366-371.

Ascone G.B., Rossi Carleo L., LA PROCREAZIONE ARTIFICÍALE: PROSPETTIVE DI UNA REGOLA-MENTAZIONE LEGISLATIVA NEL NOSTRO PAESE, Ed. Scient. Italiane, Ñapóles 1986.

Ashley B.M., O'Rourke K.D., HEALTH CARE ETHICS, CHA, St. Louis (MO) [2]1982.

---

[449]

ASSISTED CONCEPTION AUSTRALIA AND NEW ZELAND 1989, *AIH National Perinatal Statistics Unit,* Issn 1030-4711, Sidney 1991.

Atti del II Convegno Internazionale di Teologia Morale su «Humanae Vitae: 20 anni dopo» (Roma, 9.12.1988), Ares, Milán 1988.
AUSTRALIA, NEW SOUTH WALES, *Advisory Committee on Human Artificial Insemination: « Australian attitude to human artificial insemination»,* Govern. Printer, Sidney 1984.
—, Law Reform Commission: «In vitro fertilization » (Artificial conception. Discussion paper 2), Nat. Library of Austr., Sydney 1987.
—, Law Reform Commission: «Surrogate motherhood: australian public opinion» (Artificial conception), Nat. Library of Austr., Sydney 1987.
BARBERI P., TETTAMANZI D. (coord.), *Matrimonio e famiglia nel magistero della Chiesa,* Massimo, Milán 1986.
BERRY W.R., GOTTESFELD R.L. et al., *Trasmission of hepatitis B virus by artificial insemination,* «JAMA», 1987, 257, 1079-1081.
BILLINGS E., WESTMORE A., *Il metodo Billings* (trad, de A. CAPPELLA), Mondadori, Milán 1983.
BILLINGS J.J., *II metodo dell'ovulazione,* Paoline, Cinisello Balsamo 1992 (trad. it. coord, por CAPELLA A. de *The Ovulation Method,* Advocate Press Pty, Melbourne 1983), pp. 52-53.
BISHOPS' JOINT COMMITTEE, GREAT BRITAIN, *Comments on the Warnock Report on human fertilization and embryology, 11-12-1984,* «Medicina e Morale», 1985, 1, 138-180.
BLANGIARDO G. ROSSI G., *Viaggio tra le contraddizioni del comportamento riproduttivo: dal rifiuto alla ricercaHel figlio «a tutti i costi»,* en DONATI P. (coord.), *III Rapporto sulla famiglia in Italia,* Cisf, Paoline, Cinisello Balsamo 1993.
BOECKLE F., *Le pouvoir de l'homme sur l'homme,* en *L'homme manipulé,* Cerdic, Estrasburgo 1947.
BOMPIANI A., *Embryotransfer. Gli aspetti tecnici della fecondazione in vitro e dell'em-bryotransfer umano,* «Federazione Medica», 1984, 1, 5 ss.
—, Problemi biologici e clinici dell'ingegneria genetica, en CONCETTI G. (coord.),
Bambini in provetta. Logos, Roma 1986, pp. 43-96.
—, GARCEA N., *La fecondazione in vitro: passato-presente-futuro,* «Medicina e Morale», 1986, 1, 79-102.
BOSCIA F.M., LEUZZI L., *La fecondazione umana assistita: 1) aspetti etici e tecniche relative, 2) riflessioni etico-morali,* en BELLINO F. (coord.), *Civiltà tecnologica e destino dell'uomo,* Ospedale Miulli, Acquaviva di Fonti 1989, pp. 307-335.
BRUGUES J.L., *La fécondation artificielle au crible de l'ethique chrétienne,* Fayard, París 1989.
BRUHAT MA., MAGE G., CHAPRON C. et al., *Presentday endoscopie surgery in gynecology,* «European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biolo-gy», 1991, 41,413.

[450]

BYK C *Riforme nelle legislazioni e valori morali espressi nella Istruzione «Donum Vi-tae»- una prospettiva internazionale,* en AA. VV., *La procreazione assistita,* LDC, Leumann (To) 1989, pp. 105-131.
CAFF ARRA C, *Riflessione etico-teologica sull'inseminazione artificiale,* «Medicina e Morale», 1980, 2, 119-135.
—, La trasmissione della vita nella «Familiaris Consortio», «Medicina e Morale», 1983, 4, 391-400.
—, La fecondazione in vitro: considerazioni antropologiche ed etiche, «Anthropos», 1, 109-118.
—, La fecondazione in vitro: problemi etici, «Medicina e Morale», 1985, 1, 67-71.
—, Morale e diritto di fronte alla fecondazione in vitro, «Medicina e Morale», 1985, 3, 577-582.
CAHILL L.S., *Moral traditions, ethical language and reproductive technologies,* «J. Med. Philos.», 1989, 14, 497-522.
CAMPANINI G.. *Riflessioni sociologiche sulle nuove prospettive della riproduzione umana,* en ZUANAZZI G.F. (coord.), *Fecondazione artificiale - Embryotransfer,* Cortina Internat., Verona 1986, pp. 53-60.
CÁRDENTE R., *La fecondazione artificiale,* «Iustitia», 1950, 3, 21.
CARLSON J.W., *«Donum Vitae» on homologous interventions: is IVF-ET a less acceptable gift than GIFT?,* «J. Med, Philos.», 1989, 5. 523-540.
CASPAR P., *Les fondements de Vindividuante biologique,* «Communio», 1984, Ix, 6, 80-9°1
CHANG M.C., *Fertilization of rabbit ova in vitro,* «Nature», 1959, 184, 466-467.
CHIAVACCI E., *Fertilità e sterilità: l'approccio etico,* «Rassegna di teologia», 1982, settembre-ottobre, 414.
CIARANFI E., *L'evoluzione della medicina ed i problemi che ne derivano,* «Federazione Medica», 1982, xxxv, 292-295.
CICCONE I.., *La FIVET: una tragica sperimentazione sull'uomo,* «Il Diritto della Famiglia e delle Persone», 1987, luglio-dicembre, 999 ss.
CINQUE B., PELAGALLI M., DAINI S., DELL'ACQUA S., SPAGNOLO A.G., *Aborto ripetuto spontaneo. Aspetti scientifici e obbligazioni morali,* «Medicina e Morale», 1992, 5, 889-910.
CITTADINI E., *La fertilizzazione extracorporea,* «Federazione Medica», 1982, xxxv, 299-309.
—, Aspetti biomedici ed etici della fertilizzazione in vitro, en PRIVITERA S. (coord.), *La fertilizzazione in vitro,* EDI OFTES, Palermo 1986, pp. 9-34.
—, 1983-1988: la FIVET ed il GIFT in Italia: problematiche organizzative ed aspetti etici, en CEFALO E., FERRARETTI A.P., GIANAROLI L., PALERMO R. (coord.), *Evoluzione delle tecniche FIVET e GIFT,* Serono, Palermo 1988, p. 13.

[451]

CLAUSER F., BAILO P., ALFIERI P., *Problemi medico-morali,* Rotonda, Bergamo 1958. *Código de Derecho Canònico,* can. 1061.
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche* (5.5.1991), Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma 1991, p. 9.
—, La legislazione straniera sulla procreazione assistita (18.7.92), Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Dipartimento per gli Affari Sociali, Roma 1993.
CONCETTI G., *Le esigenze dell'ordine morale e le direttive della Chiesa,* en CONCETTI G. (coord.), *Bambini in provetta,* Logos, Roma 1986, pp. 97-161.
CONCILIO VATICANO II, *Constitución Pastoral «Gaudium et Spes»,* nn. 47-52, en *Documentos del Vaticano II,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1975[29], pp. 243-252.
CONFERENCIA EPISCOPAL PORTUGUESA, *Sterilisation et insemination artificielle,* le 29-1-1983, «La Document. Catholique», 1984, 1869, 272 ss.
CONGOURDEAU M-IL, *L'embryon est-il une personnel,* «Communio», 1984, IX, 6, 103-116.
CROSBY J.F., *Are some human beings not persons?,* «Anthropos», 1986, 2, 215-232. CURRAN CE., *Fécondation in vitro et transfer d'embrion du point de vue de la théolo-gie morale,* «Le Supplément», 1979, 130, 319.
CURSON R., PARSON J., *Disappointing results with direct intraperitoneal insemination,* «Lancet», 1987, Jan. 10, 112.
CUYAS M., *Fertilizzazione in vitro: considerazioni morali,* «Rassegna di Teologia», 1986, settembre-ottobre, 424 ss.
—, Dignità della persona e statuto dell'embrione umano, «La Civiltà Cattolica», 1989, 3 giugno, 436 ss.
DAVIES I., *Contracts to bear children,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 61-65.
DE MARINIS L., BARBARINO A., SERRA A., *Biologia della differenziazione sessuale,* «Medicina e Morale», 1984, 2, 155-165.
DEDÉ A., *// metodo Billings: marcatore della fertilità per la predeterminazione del sesso del concepito,* en: *Atti del Congresso Internazionale su «La regolazione naturale della fertilità oggi. Certezze e dubbi»* (Milán 9-11.12.1988), Roma 1989, pp. 485-487.
DELAISI DE PARSEVAL G., *Le desir d'enfant saisi par la medecine et par la loi,* «Esprit», 1989, 86-99.
DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, *Report of the Committee of inquiring into human fertilization and embriology,* Her Majesty's Stationary Office, Londres 1984.
DIAMOND M., CHRISTIANSON C, DANIELL J.F., *Pregnancy following use to the cervical cup for home artificial insemination utilizing homologous semen,* «Fertility and Ste-rility» 1983, 4, 480 ss.
DiASCo R.B., GLASS R.H., *Effects of pH on the migration of x and y sperm,* «Fert. Ster.», 1971, 22, 303 ss.

[452]
DI GIOVANNI A., *Aspetti bioetici della fecondazione umana in vitro,* «Medicina e Morale», 1986, 2, 368-387.
Di IANNI M., *La fecondazione artificiale,* Roma 1975.
—, voz *Fecondazione artificiale,* in *Dizionario Enciclopedico di Teologia Morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 401-412.
Di MENNA R., *Umanizzazione e animazione del concepimento umano,* en AA.VV., *Scienza e origine della vita,* Orizzonte Medico, Roma 1980, pp. 36-72.
Di PIETRO M.L., *Tecnologie riproduttive: la posizione della Chiesa Anglicana,* «Medicina e Morale», 1986, 2, 388-406.
—, Fecondazione artificiale e frammentazione della maternità: considerazioni etiche e giuridiche, «La Famiglia», 1992, 154, 5-19.
—, Analisi comparata delle leggi e degli orientamenti normativi in materia di fecondazione artificiale, «Medicina e Morale» 1993, 1, 231-282.
—, CORRÉALE S.M., *Valutazione delle terapie medico-chirurgiche e protesiche dell'impotentia coeundi nell'uomo ai fini della validità del matrimonio canonico,* «Apollinaris», en prensa.
—, SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., *Meta - análisis de los datos científicos sobre la GIFT: una contribución a la reflexión ética,* «Medicina y Ética», 1990, 1, 1, pp. 9 ss.
DONNEZ J., *Co_2 Laser laparoscopy in infertile women with endometriosis and women with adnexal adhesions,* «Fertility and Sterility», 1987, 48, 390-393.
DUBUISSON J.B., *La sterilite tubo-péritoneale: Indications, techniques opératoires et resultáis des adhèsiolyses et des plasties tubaires distales,* «Rev. Prat», 1991, 41, 2559-2562.
DUNSTAN G.R., *The moral status of the human embryo: a tradition recalled,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 38-44.
—, SELLER M.J. (eds.), *The status of the human embryo,* King's Fund, Londres 1988.
DYSON A., HARRIS J., *Experiments on embryos,* Routledge, Londres 1990.
EDWARDS J.N., *New conceptions: biosocial innovations and the family,* «Journal of Marriage and the Family», 1991, 53, 2, 346-360.
EDWARDS R.G., *Maturation in vitro of human ovarian oocytes,* «Lancet», 1965, 2, 926-929.
—, A Mother of life, Londres 1980.
—, The ethical, scientific, medical implications of human conception in vitro, en CHAGAS C. (coord.), *Modern biological experimentation,* Pontificia Accademia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1984, pp. 193-249.
—, La vita prima della nascita, Frassinelli, Azzate 1990 (trad. it. de *Life before birth,* 1989).

—, BAVISTER D., STEPTOE P.C., *Early stages of fertilization in vitro of human oocytes matured in vitro,* «Nature», 1969, 221, 632-635.

---

[453]

—, STEPTOE P.C., PURDY J.M., *Fertilization and cleayage in vitro of preovulation human oocytes,* «Nature», 1970, 227, 1307-1309.

EPISCOPADO ALEMAN, *La protection de l'enfant avant sa naissance,* «La Documention -Catholique», 1985, 15 dec., 1908.

EPISCOPADO FRANCES, COMISIÓN PARA LA FAMILIA, *Vie et mort sur commande,* nov. 1984, «La Documentation Catholique», 1984, 1885, 1126 ss.

EPISCOPADO CATÓLICO DE GRAN BRETANA, *Fertilizzazione in vitro: moralità e politica sociale* (2.3.1983) (trad. it. de A. SERRA), «Medicina e Morale», 1983, 4, 435-448.

—, *Documento al Rapporto Warnock* (marzo 1983), «Medicina e Morale», 1985, 1, 138-180.

EPISCOPADO CATÓLICO DEL ESTADO DE VICTORIA (AUSTRALIA), *Lettera al «In vitro fertilization Committee» di Melbourne,* (16.1.1984), «L'Osservatore Romano», 19.5.1984.

ESTADO DE VICTORIA (AUSTRALIA), *Legge n- 10163/1984 sulla sterilità (procedure mediche)* (texto traducido al it. reproducido por Luzi F. (coord.), *Le nuove tecnologie di riproduzione umana. Legislazione e dibattito in alcuni Paesi,* Senato della Repubblica Italiana - Servizio Studi - Settore socio-culturale, Roma 1986, pp. 33-73).

—, *Legge di emendamento sulle procedure mediche per la sterilità 1987* (texto traducido al it. reproducido por Luzi F. (coord.), *Riproduzione umana assistita, embriologia e terapia genica. Dibattito e legislazione in Australia e negli Stati Uniti,* Senato della Repubblica Italiana - Servizio Studi - Ufficio Ricerche nel Settore Sociale, Roma 1991, pp. 5-13.

ETHICS COMMITTEE OF AMER. FERT. SOCIETY, *Ethical considerations of the new reproductive technologies,* «Fertility and Sterility», 1986, 46/3, 1-94.

FISHEL S., ANTINORI S., JACKSON P. et al., *Presentation of six pregnancies established by subzonal insemination (SUZI),* «Human Reprod.», 1991, 6, 124.

FLETCHER J.C., *Is sex selection ethical?,* «Progress in Clinical and Biol. Research», 1983, 28, 333-334.

FLYNN E.P., *Human fertilization in vitro. A catholic moral perspective,* Univ. Press America, Boston 1984.

FORD N.M., *Moral issues that arise in experimentation on human embryos,* «Austra-lasian Cath. Record», 1986, 63, 3-20.

FRANCE J.T. et al., *A prospective of the preselection of the sex of offspring by timing intercourse relative to ovulation,* «Fert. Ster.», 1984, 42, 894-900.

FRANKEL M.S., voz *Artificial insemination,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 1444-1448.
Future offers hope for infertile women (editorial), «JAMA», 1981, 245, 6, 565.
GARCEA N., *La procreazione assistita,* en MANCUSO S., SGRECCIA E. (coord.), *Trattamento della sterilità coniugale.* Vita e Pensiero, Milan 1988, pp. 145-159.
—, *Tecniche di procreazione assistita,* «Medicina e Morale», 1993, 1, 59-66.
—, CAMPO S., CANNELLA P.L., *Current therapeutic possibilities of GIFT,* «Acta Europea Fertilitatis», 1988, 1, 315 ss.

---

[454]

—, CAMPO S., D'ARGENTO R., *Is the GIFT a possibility for Catholics in the assisted reproduction field?,* en AA. VV., *From basics to clinics,* Raven Press, Nueva York . 1989, 63, pp. 313.
GARCÍA DE HARO R., *Un tema grave e complesso: la fecondazione artificiale,* «Studi Cattolici», 1984, aprile-maggio, 269 ss.
GILLON R., *In vitro fertilization,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 187-188.
GIUNCHEDI F., *Considerazioni morali sulla fecondazione artificiale,* «La Civiltà Cattolica», 1984, I, 223-241.
. —, *Etica e scienze umane,* Dehoniane, Ñapóles 1985.
GOLOMBOCK S., RUST J., *The Warnock Report and a single women: what about the children?,* «J. Med, Ethics», 1986, 12, 182-186.
GORDON J.W., TALANSKY B.E., GRUNFELD L. et al., *Fertilization of human ovocytes by sperm from infertile males after zona pellucida drilling,* «Fértil. Steril.», 1988, 50, 68.
GRAN BRETAÑA, *Warnock Committee, Report of inquiry into human fertilization and embriology,* Her Majesty's Stationery Office, Londres 1984.
—, *Human Fertilization and Embryology Act 1990,* reproducido trad, al it. en Luzi F. (coord.), *Fecondazione umana ed embriologia nel Regno Unito,* Senato della Repubblica Italiana - Servizio Studi - Ufficio Ricerche nel Settore Sociale, Roma 1991, pp. 381-480.
GRILLO J.M., *Ricerca biologica e fecondazione artificiale,* en AA. VV., *La procreazione assistita. Aspetti scientifici, etici e giuridici,* LDC, Leumann 1989, pp. 37-38.
GUIZICK D.S., WILKES C, JONES N.W., *Cumulative pregnancy rates for in vitro fertilization,* «Fertility and Sterility», 1986, 46, 63 ss.
GUZZETTI G.B., *Fecondazione «in vitro» e morale,* «Federazione Medica», 1984, 1, 13 ss.
—, *Quando l'embrione è persona?,* «Rivista di Teologia Morale», 1987, 73, 67- 79.
HAAN G., VAN STEEN R., *Costs in relation to effects of in vitro-fertilization,* «Human Reprod.», 1992, 7/7, 982-986.

HANSCOMBE G., *The right to lesbian parenthood,* «J. Med, Ethics», 1983, 9, 133-135.
HARLAP S., *Gender of infants conceived on different days of the menstrual cycle,* «NFJM», 1979, 300, 1145 ss.
HARING B., *Liberi e fedeli in Cristo,* Paoline, Roma, 1991, in, pp. 48 ss. (trad, esp., *Libertad y fidelidad en Cristo,* Herder, Barcelona, 1983).
HONTNGS B., *La F1VET: aspetti e valutazioni,* en AA. VV., *Attualità della teologia morale,* Urbaniana Univ. Press, Roma 1987, pp. 249-266.
HULL M.G.R., *Indication for assisted conception,* «Br. Med. Bull.», 1987, 46, 580.
—, *Infertility treatment: relative effectiveness of conventional and assisted con- ception methods,* «Human Reprod.», 1992, 7, 785.
IGLESIAS T., *In vitro fertilization: the major issues,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 32-37.
IMPERIA A. (coord.), *Madri ad ogni costo* - Ricerca sulle tecniche vedi il mercato della riproduzione artificiale, Ispes, Roma 1990.

---

[455]

INTERIM LICENSING AUTHORITY (ILA), *Quinta relazione sull'applicazione della FIV e sulle ricerche embrionali 1990.* Trad. it. en Luzi F. (coord.), *Fecondazione umana ed embriologia nel Regno Unito,* Senato della Repubblica Italiana - Servizio Studi - Ufficio Ricerche nel Settore Sociale, Roma 1991, pp. 289-366.
ISIDORI A., *L'inseminazione artificiale omologa ed eterologa nella sterilità maschile: aspetti medici e psicologici,* «Medicina e Morale» 1993, 1, 75-96.
JANSEM R.P.S., *Sperm and ova as property,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 123-126.
JERVOLINO Russo R., *Le proposte di legge al parlamento italiano,* en CONCETTI G. (coord.), *Bambini in provetta,* Logos, Roma 1986, pp. 185-193.
JONES H.W., *The ethics of in vitro fertilization -1982,* «Fertil Steril», 1982, 37, 146-149.
JONES H.W. JR., *Preface,* en JONES H.W. JR., SCHRAEDERE C, *In vitro Fertilization and other assisted Reproduction,* «Annales of the New York Academy of Sciences», 1988, 541, p. XIII.
JUAN XXIII, *Enciclica «Mater et Magistra»* (15.5.1961), en *Ocho grandes mensajes,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1979", pp. 121-200.
JUAN PABLO II, *Amor y respeto para la vida naciente* (3.1.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* n, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 9-12.
—, *El significado de la maternidad para la sociedad y la familia* (10.1.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* n, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 31-35.

—*, Carta Enciclica* «Redemptor Hominis» (4.3.1979), nn. 13-17, en *Insegnamenti* di Giovanni Paolo II, II, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 628-642.

_, Presencia maternal de la Virgen María en la vida de la Iglesia y de la Patria (4.6.1979), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, n, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 1410-1419.

—,El hombre-persona se hace don en la libertad del amor (16.1.1980), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, ni, 1, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, pp. 148-152.

_, Alocución a ¡a organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura (2.6.1980), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, m, 1, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, pp. 1636-1655.

—,Discurso a los participantes en dos Congresos de Medicina y Cirugía (27.10.1980), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, m, 2, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, pp. 1005-1010.

_, Exhortación Apostólica «Familiaris Consortio» (22.11.1981), nn. 28-36, en Enchiridion Vaticanum, 1 (1980-1981), Ed. Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 1453-1475.

—,Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias (23.10.1982), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, ni, Librería Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1982, pp. 889-989.

—,Discurso a los participantes en la Reunión del «Movimiento por la vida» (3.12.1982), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, ni, Ciudad del Vaticano 1982, p. 1519.

---

[456]

—,*Discurso a los sacerdotes participantes en un seminario de estudio sobre «La procreación responsable»* (17.10.1983), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* vi, *2,* Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1983, pp. 561-564.

—*, Discurso a la Asociación Medica Mundial 429.*10.1983), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* vi, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1983, pp. 917-923.

JUVA M., *Ethical and Moral Issues of in Vitro Fertilization,* en SEPPALA M., EDWARDS R.G., *In Vitro Fertilization and Embryo Transfer,* « Annals NYAS» 1986, 442, 585.

KELLY K.T., *Life and love,* Collins, Londres 1987.

KIRBY M.D., *Bioethics oflVF - the state of debate,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 45-48.

KOVACS G.T., ROGERS P., LEETON J.F. et al., *In vitro fertilization and embryotransfer,* «Med. J. Austr.», 1986, 144, 682 ss.

LA FARINA C, *In tema di inseminazione artificiale e di fecondazione in vitro. Note di un giurista,* «Medicina e Morale», 1986, 1, 103-117.

LARGEY G-, *Reproductive technologies: sex selection,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 1439-1443.
LEJEUNE J., *Genetica, etica e manipolazioni,* «Medicina e Morale», 1985, 3, 565-576.
LEONE S., *Lineamenti di Bioetica,* Medical Books, Palermo 1980, pp. 177 ss.
—, *I. diritti dell'embrione,* «Medicina e Morale», 1985, 3, 583-603.
LEUZZI L., *Il dibattito sulla inseminazione artificiale nella riflessione medico-morale in Italia nell'ultimo decennio,* «Medicina e Morale», 1982, 4, 343-370.
—, *Deontologia medica e fecondazione in vitro,* «Medicina e Morale», 1983, 4. 365-390.
—, *Il contributo del magistero in tema di fecondazione artificiale umana,* «Medicina e Morale», 1985, 1, 44-46.
—, *Riflessione etico-morale sulla fecondazione «in vitro»,* «Ospedale Miulli», Acquaviva delle Fonti 1986, 3, 1-166.
—, *La Chiesa di fronte al problema: quando un figlio ad ogni costo?,* en AA. VV., *Cellule, embrioni, uomini,* ETS, Pisa 1986, pp. 41-55.
Liu H.C., JONES H.W., ROSENWAKS Z., 77ze *efficacy of human reproduction after in vitro fertilization and embryo transfer,* «Fertility and Sterility» 1988, 49, 649-653.
LOMBARDI VALLAURI L., *Bioetica, potere, diritto,* «Jus», 1984, 1-2, 41-80.
—, *Manipolazioni genetiche e diritto,* «Riv. di Diritto Civile», 1985, 1, 1-23.
MANCUSO S., SGRECCIA E. (coord.), *Trattamento della sterilità coniugale,* Vita e Pensiero, Milán 1988.
MARAÑA R., CATALANO G.F., Muzii L., *Operative laparoscopy versus laparotomy in tubal infertility,* Atti dell'International Cruise Meeting, Ancona 1992, en prensa.
—, *Trattamento chirurgico della sterilità di origine tubarica,* «Medicina e Morale», 1993, 1, 67-74.
MARRAMA P., CARDINI C, PASINI W., BALDERO-VERDE I. (coord.), *L'inseminazione della discordia,* Angeli, Milán 1987.

---

[457]

MASELLIS F., *Argomenti di medicina pastorale,* Salcom, Brezzo di Bedero 1981.
MASTROIANNI I... voz *In vitro fertilization,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioe-thics.* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 1448-1451.
MATTAI G., *Questioni di bioetica. Dal rifiuto alla vita al «figlio ad ogni costo»,* «As-prenas», 1986, giugno, 129 ss.
MATTIOLI V., *Laboratorio umano,* Augustinus, Palermo 1990.

MAY W.F., *Maternità surrogata e mercato: un punto di vista,* «KOS», 1991, 75, 34-38.
Mc CORMICK R.A., *Notes on moral theology,* «Theological Studies», 1979, 40, 107 ss.
MCLAREN A., *Pre-embryos?* (carta), «Nature», 1987, 28, 10.
—, The IVF conceptus. Research today and tomorrow, «Annals of the New York Academy of Sciences», 1988, 541, 639-645.
MCSWEENEY L., *Preselection of the sex of baby in Nigeria using Billings Method,* Report to VIth International Institute of the ovulation method, Los Angeles 1980.
MEDICAL RESEARCH INTERNATIONAL SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY AND THE AMERICAN FERTILITY SOCIETY, *In vitro fertilization-embryo transfer (IVF-ET) in the United States: 1900 results from the IVF-ET registry,* «Fertility and Sterility», 1992, 57, 15-24.
MILL J.M., *Some comments on dr Iglesias' paper «in vitro fertilization: the maior is-sues», «].* Med. Ethics», 1986, 12, 32-35.
MITCHELL G.D., *In vitro fertilization: the major issues - a comment,* «J. Med. Ethics», 1985, 9, 196-199.
MOLINSKY W., *Sittliche Aspekte der Extracorporalen Befruchtung,* «Arzt und Christ», 1982, 28, 141-147.
MORACZEWSKI A.S. et al. (eds.), *Technological powers and the person,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1983. .
MORETTI L, *L'insemination artificielle,* «Études», 1979, t. 351.
MORI M., *Sulla moralità delle nuove tecnologie riproduttive,* «Biblioteca della libertà», 1986, 94, 113-131. '
—, La fecondazione artificiale: questioni morali nell'esperienza giuridica, Giuffrè, Milàn 1988.
MORRISEY F., *Christian marriage and reproductive technologies,* en AA. VV., *Technological powers and the person,* The Pope John Center, St. Louis 1983, pp. 421-441.
NATALE N., *La fecondazione artificiale,* en AA. VV., *Biologia e morale,* Jaka Book, Milan 1986, pp. 59-65.
NOVAES S., *Procreazione e tecnologia medica: incrocio di biologico, sociale ed etico,* en VENTIMIGLIA C. (coord.), *La famiglia moltiplicata,* Angeli, Milàn 1988, pp. 245-254.
OSBORN L.W., *Research on human subjects: Australian ethics committees take tentative steps,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 66-68.
PABLO VI, *Discurso a la Asamblea General de las Naciones Unidas* (4.10.1965), en *Insegnamenti di Paolo VI,* HI, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1965, pp. 516-523.

[458]

—,*Encíclica «Populorum Progressio»* (26.3.1967), nn. 36-37, en *Ocho grandes mensajes,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1979", pp. 317-365.

—, *Encíclica «Humanae Vitae»* (25.7.1968), nn. 14-18, en ZALBA M. (coment.), *La regulación de la natalidad,* Madrid 1968, pp. 19-59.

—, *Discurso a los participantes en el XXIII Congreso Nacional de la Unión de Juristas Católicos Italianos* (9.12.1972), en *Insegnamenti di Paolo VI,* x, Tipografía Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1972, pp. 1260-1264.

—, *Homilía durante el solemne rito de clausura del Año Santo* (25.12.1975), en *Insegnamenti di Paolo VI,* xui, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1975, pp. 1564-1568.

PACI G.M., *Figli in provetta,* Laterza, Bari 1987.

PANGALLO M., *Actus essendi tomistico e spiritualità dell'anima,* «Medicina e Morale», 1986, 2, 407-414.

PASETTO N., *Aspetti biologici e clinici della fecondazione artificiale,* en ZUANAZZI G.F. (coord.), *Fecondazione artificiale - Embryotransfer,* Cortina Internai., Verona 1986, pp. 25.51.

PAYNE D., MCLAUGHLIN K.J., DEPYPERE H.T. et al., *Experience with zona drilling and zona cutting to improve fertilization rates of human ovocytes in vitro,* «Human Reprod.», 1991, 6, 423.

PELLEGRINO E.D., HARVEY J.C., LANGAN J.P. (eds.), *Gifts oflife,* Georgetown Univ. Press 1990, Washington (DC).

PERICO G., *Fecondazione extracorporea ed embrio-transfer umano,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992, pp. 303-326.

PIANA G., *Ma la fecondità non è solo procreare,* «La Madre», 1984, 1 novembre, 22 ss.

PIECHOWIAK H., *Lo status morale del prodotto del concepimento: un problema corrente nella fecondazione extracorporea,* «Sessuologia», 1984, marzo-aprile, 15 ss.

Pío XII, *Alocución a la Unión Italiana Médico-Biológica «San Lucas»* (12.11.1944), en *Discorsi e Radiomessaggi,* vi, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1960, pp. 181-196.

—, *A los participantes en el IV Congreso Internacional de los Médicos Católicos* (29.9.1949), en ANGELINI F. (coord.), *Pio XII. Discorsi ai medid,* Orizzonte Medico, Roma 1960, pp. 113-120.

—, *A las participantes en la Reunión de la Unión Católica Italiana de Comadronas* (29.10.1951), en ANGELINI F. (coord.), *Discorsi ai medici,* Orizzonte Medico Roma 1960, pp. 157-158.

—, *Alocución a los participantes en el II Congreso Mundial de la Fertilidad y de la Esterilidad* (19.5.1956), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xvín, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 211-221.

—, *Enciclica «Humani Generis»* (12.8.1956), en *Tutte le Encicliche dei Sommi Pontifici,* ii, Dall'Oglio, Milán 1986, pp. 1320-1334.

—, *Alocución a los participantes en el VII Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de Hematología* (12.9.1958), en

Discorsi e Radiomessaggi, xx, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1959, pp. 341-352.

---

[459]

PLACHOT M., *Medical assisted procreation: how far can the biologists go?,* «Human Reproduction», 1990, 4, 206-217.

—, DE GROUCHY J., JUNCA A.M. y cols., *From oocyte to embryo: a model, deducted from in vitro fertilization, for natural selection against chromosome abnormalities,* «Annales de Génétique Humaine», 1987, 30, 22-32.

PRIVITERA S. (coord.), *La fertilizzazione in vitro. Atti del convegno della* «Societas Ethica» (Palermo 2-6.9.1985), EDIOFTES, Palermo 1986.

QUELQUEJEU B., *La volonté de procréer. Reflexion philosophique,* «Lumière et Vie», 1982, agosto-ottobre, 64.

RAMSEY P., *Parenthood and the future of man by artificial donor insemination: fabricated man,* Yale Univ. Press, New Haven 1970, pp. 104-160.

REGNIER F., ROUZIOUX J.M., *Contemporary aspects of medical Ethics in France,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 170-174.

REPÚBLICA FEDERAL ALEMANA, *Working Group on «In vitro fertilization genom analysis and gene therapy »* (Chairman: E. Benda), 1985, en CONSEJO DE EUROPA, *Ad hoc committee of experts (CAHBI),* Estrasburgo 1986 (en offset).

RODRÍGUEZ LUÑO A., LÓPEZ MONDÉJAR R., *La fecondazione «in vitro». Aspetti medici e morali,* Città Nuova, Roma 1986, pp. 83-87.

ROTHMAN B., *The products of conception: the social context of reproductive choices,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 188-192.

SANTA SEDE, *Carta de los derechos de la familia,* (24.11.1983), en *Enchiridion Vatica-num, 9* Dehoniane, Bolonia 1987, pp. 468-481.

SAUNDERS D.M., MATHEWS M., LANCASTER P.A.L., *The Australian Register: current research and future role. A preliminary report, en* JONES H.W., SCHRAEDERE C. (eds.), *In vitro fertilization and other assisted reproduction,* «Annals of the New York Academy of Sciences» 1988, 541, 7-21.

SCARLETT R.F., 77¡e *moral status of embryos,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 79-81.

SEIFERT J., *Substitution of the coniugai act or assistance to it? - IVF, GIFT and some other medical interventions. Philosophical reflections on the Vatican Declaration «Donum Vitae»,* «Anthropotes» 1988, 2, 273-286.

SEMIZZI C, *Rilievi giuridici sulla inseminazione artificiale,* «Il diritto di Famiglia e delle Persone», 1984, gennaio-giugno, 360 ss.

SEMIZZI C, *L'embryotransfer e la tutela giuridica del concepito,* en ZUANAZZI G.F. (coord.), *Fecondazione artificiale - Embryotransfer,* Cortina Internai., Verona 1986, pp. 75-87.

SEPPALA M., *The world collaborative report on in vitro fertilization and embryo replacement: current state of art in January 1984,* «Ann. N.Y. Academy of Se», 1985, 442, 558-563.
SERMONTI G., *Non abdicare alla scienza ignorando i problemi morali,* en CONCETTI G. (coord.), *Bambini in provetta,* Logos, Roma 1986, pp. 195-199.
SERRA A., *II neoconcepito è un soggetto umano,* en CONCETTI G. (coord.), II *diritto alla vita,* Logos, Roma 1981, pp. 11-21.

[460]

—, *II concepimento umano in vitro. Aspetti e problemi biologici,* en ZUANAZZI G.F. (coord.), *Fecondazione artificiale - Embryotransfer,* Cortina Internai., Verona 1986, pp. 11-24.
—, *La sperimentazione sullambrione umano: Una nuova esigenza della scienza e della medicina?,* «Medicina e Morale» 1993, 1, 97-116.
—, SGRECCIA E., Dì PIETRO M.L., *Nuova genetica ed embriologia umana,* Vita e Pensiero, Milán 1990, pp. 247-270.
SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre Algunas cuestiones de ética sexual* (29.12.1975).
—, *Instrucción sobre «El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación»,* (22.2.1987), Promoción Popular Cristiana, Madrid 1987.
SGRECCIA E. (coord.), *// dono della vita,* Vita e Pensiero, Milán 1987.
—, *Divieto morale e profezia,* en SGRECCIA E. (coord.), */7 dono della vita,* Vita e Pensiero, Milán 1987, pp. 205-211.
—, *La «Istruzione su il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione» della Congregazione per la dottrina della fede,* «Affari Sociali Internaz.», 1987, 4, 123-138.
—, Di PIETRO M.L., *Manipolazioni genetiche e procreazione artificiale: orientamenti giuridici e considerazioni etiche,* «Il diritto di Famiglia e delle Persone», 1987,3/4, 1351-1447.
SHEA M.C., *Embryonic Ufe and human Ufe,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 205-209.
SIMILI A., *La fecondazione artificiale umana,* Minerva Medica, Turin 1961.
SINGER P., *IVF and Australian Law,* en BROMHAM D.R., JACKSON J.C. (eds.), *Philosophi-cal ethics in reproductive medecine,* Manchester Univ. Press, Manchester 1990, pp. 34-49.
—, WELLS D., *In vitro fertilizaron: the major issues,* «J. Med. Ethics», 1983, 9,192-195.
SOKOLOFF B.Z., *Alternative methods of reproduction,* «Clinical Pediatrics», 1987, 26, 1, 11-17.
SPAGNOLO A.G., *Le frontiere della riproduzione umana,* «La Famiglia», 1986, 116, 14-26.
—, *Comitati di bioetica in tema di procreazione artificiale,* «Medicina e Morale»,1993, 1, 205-230.

—, SGRECCIA E., *Il feto umano come donatore di tessuti e di organi,* «Medicina e Morale», 1988, 6, 843-875.
SPINSANTI S., *L'inseminazione artificiale: scelte deontologiche ed interrogativi etici,* «Res Medicae», 1970 mar./apr., 134-138.
—, *«Provetta» e fecondazione artificiale,* en «Famiglia Cristiana», 1983, 6 gennaio, 18 ss.
TAGLIAPIETRA G., *Le banche del seme: il caso italiano. E necessaria subito una rigida regolamentazione,* «Prospettive nel mondo», 1984, 95-98.

---

[461]

TESTART J., *L'oeuf transparent,* Flammarion, Pan's 1986.
TETTAMANZI D., *Problemi etici sulla fertilizzazione in vitro e sull 'embryotransfer,* «Medicina e Morale», 1983, 4, 342-364.
—*, Bambini fabbricati,* Piemme, Casale Monferrato 1985.
—*, II figlio: prodotto della tecnica o figlio del dono? Considerazioni morali sulla FIVET,* en AA. VV., *La cicogna di vetro,* Salcom, Brezzo di Bedero 1985, pp. 59-97.
—*, Aspetti etici della fecondazione extra-corporea,* en ZUANAZZI G.F. (coord.), *Fecondazione artificiale - Embryotransfer,* Cortina Internat., Verona 1986, pp. 89 -118.
—*, La cura della sterilità: aspetti etici,* en MANCUSO S., SGRECCIA E. (coord.), *Trattamento della sterilità coniugale,* Vita e Pensiero, Milan 1988, pp. 185 ss.
—*, II procreare umano e la fecondazione in vitro,* en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990, pp. 141-166.
—*, II procreare umano e la fecondazione in vitro. Considerazioni antropologiche ed etiche,* «Medicina e Morale», 1990, 141-166.
THIBAULT C, LEVASSEUR M.C., *L'implantation. Le role de l'embryon,* en NETTER A., GORINS A. (éds.), *Actualités gynécologiques,* Masson, Paris 1986, pp. 121-134.
TONTI FILIPPINI N., *Ethics and the treatment of infertility,* Holy Name Press, North Adelaide 1984.
—*, «Donum Vitae» and Gamete Intra Fallopian Transfer,* en AA. VV., *«Humanae Vitae»: 20 anni dopo,* Atti del II Congresso Internazionale di Teologia Morale, Roma 9-12.11.1988, Ares, Milàn 1989, pp. 791-802.
TRAINA G., *Inseminazione artificiale etcrologa,* en SCHOYSMANN R., BETTOCCHI S., BOSCIA F.M. (coord.), *Atti del II Seminario Internazionale su «Inseminazione artificiale umana»* (Bari 12-15.5.1980), Palermo 1981, pp. 133-150.
—, MANCINI C, MINIELLO G., *L'inseminazione artificiale. Timing e tecnica,* in *Atti XIII Congresso Nazionale della Società Italiana*

per lo Studio della Fertilità e la Sterilità (SIFES), Salsomaggiore Terme 1986.
TURHAN N.O., ARTINI P.G., D'AMBROGIO G. et al., *Studies on intraperitoneal insemination in the management of male factor, cervical factor, unexplained and immunological infertility,* «Hum. Reprod.», 1992, 7, 66.
USA - PRESIDENT'S COMMISSION, *Splicing Life,* US Gov. Print. Off., Washington (DC) 1982.
VENDITTI R., *Problematiche giuridiche della fecondazione «in vitro»,* en ZUANAZZI G.F. (coord.), *Fecondazione artificiale - Embryotransfer,* Cortina Internat., Verona 1986, pp. 61-73.
VENTIMIGLIA C. (coord.), *La famiglia moltiplicata. Riproduzione umana e tecnologia tra scienza e cultura,* Angeli, Milàn 1988.
VERSPIEREN P., *L'aventure de la fécondation «in vitro»,* «Etudes», nov. 1982, 479-491.
—, (ed.), *Biologie, medicine et étique. Textes du Magistère Catholìque,* Le Centurion, Paris 1987.

[462]
VISSER G., *Problemi etici dell'embryo transfer,* «Università degli Studi di Milano -Ricerca scientifica ed educazione permanente», Milán 1982-1983, pp. 47 ss.
WAKEFIELD J.C., *Artful childmakìng. Artificial insemination in Catholic Teaching,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1978.
WARDLE P.G. et al., *Intrauterine insemination,* «Lancet», 1987, Jan. 13, 270.
WATTIAUX H., *Insémination artificielle, fécondation in vitro et transplantation embryonnaire - Repères etiques,* «Esprit et Vie», 1983, 24, 354-364.
WHITTINGHAM D.G., *In vitro fertilization, embryotransfer and storage,* «British Medical Bull.», 1979, 35, 105-111.
WRAMSBY H., FREDGA K., LIEDHOLM P., *Chromosome analysis of human oocytes recovered from preovulatory follicles in stimulated cycles,* «NEJM», 1987, 316, 121-124.
ZAGGIA C. (coord.), *Progresso biomedico e diritto matrimoniale canonico,* Veneta, Padua 1992.
ZALBA M. (coment.), *La regulación de la natalidad,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1968.
ZARUTSKIE P. et al., *The clinical relevance of sex selection techniques,* «Feri. Ster.», 1989, 51, 6, 891-904.
ZATTI M., *La prospettiva del biologo (Statuto biologico dell'embrione),* en AA. VV., *Procreazione artificiale e interventi nella genetica umana,* Cedam, Padua 1987, pp. 180-193.
ZUANAZZI G.F. (coord.), *Fecondazione artificiale - Embryotransfer,* Cortina Internat., Verona 1986.

[463]

CAPÍTULO 11

Bioética y esterilización

Datos históricos y diversas formas de esterilización

A lo largo de la historia el fenómeno de la castración y de la esterilización ha tenido muy diversas motivaciones y aplicaciones, pero sólo recientemente ha alcanzado una difusión como nunca antes la tuvo, sobre todo en su característica de solicitud voluntaria[581].

Aludiremos sólo a las formas que adoptó en el pasado, para pasar a analizar más detenidamente las dimensiones cuantitativas, las motivaciones y la valoración ética y social más recientes y, en particular, la esterilización anticonceptiva[582].

En los primeros siglos de la Iglesia, la historia recuerda una forma de castración por motivos pseudoreügiosos: cuando Orígenes, conocido maestro de exégesis bíblica de la Escuela de Alejandría, tomó demasiado al pie de la letra (él que, no obstante, seguía la hermenéutica alegórica) la frase del Evangelio: «Hay eunucos que se hicieron así por el Reino de los cielos» (Mt 19, 12). Más adelante, en la Edad Media, el filósofo Abelardo fue castrado para hacerle desistir de una relación amorosa; mientras que, para disponer de voces «blancas», las capillas musicales romanas del Renacimiento recurrieron durante muchos años a la castración de los preadolescentes cantores, hasta que el pontífice Sixto V, con la Constitución Dum

---

[464]

---

581 RIQUET I., La castration, París 1948; GENNARO A., La sterilizzazione sessuale volontaria o coatta, en Tre giorni di teologia morale, Turín 1950; SPIEDEL LI., RAVENHOLT R.J. (eds.), Acias del Workshop sobre la Esterilización (San Francisco, 4-6 de diciembre de 1977); ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Special Program of Research Development and Research Training in Human Reproduction, 1977.

582 Sobre el tratamiento ético del tema, véase TETTAMANZI D., La sterilizzazione anticoncezionale, Brezzo di Bedero 1981; CICCONE L., La sterilizzazione antiprocreativa, en Non uccidere: questioni di morale nella vita fisica, Milán 1984, pp. 311-360; CAFFARRA C., // problema morale della sterilizzazione, «Medicina e Morale», 1979, 2, pp. 201-206; MANTOVANI F., La sterilizzazione consensuale ed irreversibile alla luce del principio personalistico, «Medicina e Morale», 1979, 2, pp. 190-198; PERICO G., La sterilizzazione umana, en A difesa della vita, Milán 1965,7-42; ID., La sterilizzazione a scopo contraccettivo, en Problemi di etica sanitaria, pp. 361-372; Rossi L., voz Sterilità e sterilizzazione, en Dizionario Enciclopedico..., pp. 1055-1062; SGRECCIA E., Sterilizzazione volontaria e mentalità contraccettiva, «La famiglia», 1979, 75, pp. 227-239. En todas estas obras se puede encontrar una bibliografía más amplia.

frequenter (1587), desmintió, por lo menos en el plano ético, la validez de la motivación laudes Domini suavius canere («para cantar más dulcemente las alabanzas del Señor»).

La historia ha conocido también en todos los tiempos la castración penal o punitiva aplicada a los prisioneros y a los reincidentes responsables de crímenes sexuales de particular gravedad; procedimientos sobre cuya licitud los moralistas no siempre estaban de acuerdo cuando la pena era infligida por los Tribunales del Estado[583].

En la reciente historia de Alemania el racismo hizo célebre la esterilización eugenésica, practicada en forma individual y como método de planificación para eliminar las enfermedades hereditarias y purificar la raza[584]; práctica que Pío XI condenó en su Encíclica Casti Connubii (31 de diciembre de 1930). Apuntemos de pasada que el aborto eugenésico practicado en la actualidad obedece en el fondo a la misma lógica e incluso parece más grave, porque, para evitar el nacimiento de una persona afectada por una deficiencia grave o una malformación, se elimina al feto (y, por tanto, al portador del defecto) en vez de atacar el origen, es decir, la integridad física de los padres que lo pueden transmitir. Hay que decir que no fue sólo en la Alemania racista donde se aplicó la esterilización eugenésica: en 1920 por lo menos había 19 Estados que la llevaban a cabo, y en 1930 eran 25[585].

La esterilización terapéutica o curativa se sigue practicando todavía y, entendida en sentido propio, no suscita, ni nunca ha suscitado, dificultades morales; se verifica cuando, teniendo que actuar directamente para extirpar un tumor o un órgano que está enfermo o es la causa directa de una enfermedad, se provoca indirectamente la esterilización. Según el principio de totalidad, o principio terapéutico, por el que es lícito sacrificar la parte enferma del cuerpo para curar al organismo entero, está tan justificada como cualquier otra intervención quirúrgica; por lo que se define también como esterilización indirecta, pues la intención de la intervención quirúrgica no es esterilizar, sino extirpar el órgano o el tejido enfermo. El principio del llamado voluntario indirecto o del «doble efecto» justifica la acción terapéutica por una razón proporcionalmente grave. De la correcta aplicación del principio del doble efecto se habló ya en el capítulo dedicado a «la Bioética y el aborto».

Pero la esterilización que hoy está más en boga es la esterilización anticonceptiva o antiprocreativa, bien sea la coaccionada u obligatoria, o la voluntaria. Es en esta nueva frontera de la manipulación humana en la que tenemos que fijar más nuestra atención.

---

[465]

---

[583] BOSCHI A., Questioni morali sul matrimonio, Turín 1963, pp. 479-483; TETTAMANZI, La steriliz-zazione anticoncezionale, p. 12.

[584]Véase lo que refiere ÜFTON en / medíci nazisti.

[585] PERICO, La sterilizzazione umana..., p. 4.

La esterilización anticonceptiva en el mundo

El empuje en pro de la anticoncepción ha sido fortísimo y explosivo en los años sesenta y setenta, y continúa siéndolo todavía en todo el mundo.

Pasados los sesenta, fueron los gobiernos de los países en vías de desarrollo los que se comprometieron en ello, asustados por la llamada «explosión demográfica», siendo apoyados en esta política por los países desarrollados, que llegaron a condicionar la ayuda económica a la práctica de una drástica reducción de la natalidad. De todos es conocido el caso de la India durante la primera presidencia de Indira Gandhi.

A propósito de los esfuerzos para contener la natalidad en India, se lee en el libro de De Lagrange, De Lagrange y Bel lo siguiente:

«Esta estrategia fue efectivamente seguida por el Gobierno indio: desde los métodos de aliento positivos se pasó a los represivos y, después de la proclamación del llamado Estado de necesidad**,** se promulgó una ley sobre la esterilización forzosa que se aplicó en gran escala a siete millones y medio de personas esterilizadas en menos de diez meses; y éste es uno de los motivos principales de la condena del gobierno de la señora Gandhi»[586].

Después de los años setenta la estrategia se centró en la fuerza persuasiva para la esterilización voluntaria, tanto masculina como femenina. La eficacia de este tipo de métodos anticonceptivos; la nocividad o menor eficacia del uso de otros anticonceptivos químicos, mecánicos u hormonales; la peligrosidad del aborto repetido y, sobre todo, la propaganda llevada a cabo por ciertos movimientos políticos ideologizados y fuertemente financiados, hicieron que se difundiera ampliamente la esterilización voluntaria.

Así, especialmente en América, se constituyeron asociaciones (con sus símbolos y distintivos) y movimientos de apoyo a la práctica y a la legalización de la misma.

Desde el punto de vista legal, en Europa occidental y en los países desarrollados en general la esterilización puede ser llevada a cabo sin mayores trabas. En algunos países, como Inglaterra, la intervención es incluso gratuita. En los países orientales la esterilización sigue estando prohibida por ley, pero la mentalidad política se va modificando, especialmente en la China Popular. Prevalece hasta ahora por todas partes la esterilización femenina, pero se está afirmando cada vez más también la vasectomía masculina.

Desde el punto de vista cuantitativo, no es fácil contar con datos actualizados y seguros. «La OMS ha afirmado, de todos modos, que la esterilización se ha convertido en uno de los métodos usuales para controlar la fecundidad en el mundo»[587].

---

[586] DE LAGRANGE, DE LAGRANGE, BEL, *// complotto contro la uita*, pp. 80-81.

[587] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Special Program...*

[466]

Algunos datos son significativos e impresionantes también por su incremento.

En el año de 1970 se contaban en Estados Unidos 942 mil casos de esterilización voluntaria; en 1975**,** la Association for Voiontary Sterilization calculaba en 8'026,000 los casos, de los cuales 4'499,000 eran varones y 3, 527,000 mujeres[588].

En todo el mundo, hasta principios de 1976**,** había 65 **m**illones de esterilizados distribuidos como sigue: 30 millones en China; 17 millones en India (en general, por procedimientos coactivos); 2 millones en otros países de Asia; 8 millones en Estados Unidos; 4.5 millones en Europa; **2** millones en América Latina; 1 millón en Canadá, y 500 mil en África.

En 1980, según diversos autores, había 102.5 millones de personas esterilizadas en el mundo, de las cuales se dice que 42 millones eran chinas, 27 millones indias, 12.5 millones estadounidenses, **7** millones europeas, 2 millones latinoamericanas y 1 millón africanas.

Estos datos se vieron confirmados por estudios publicados hacia mediados de los ochenta, según los cuales en este periodo recurría a la esterilización como método «anticonceptivo» el **30** por ciento de las parejas, involucrando a 99 millones de parejas en todo el mundo[589].

Por lo demás, en el Informe de las Naciones Unidas se advierte que los países con más alto índice de esterilización eran la República de Corea, Puerto Rico y Canadá.

Las técnicas

A este respecto, parece oportuno proporcionar algunas nociones técnicas que representan actualmente las posibilidades concretas de los procedimientos de esterilización[590].

Las técnicas de esterilización femenina son diversas, pero actúan casi todas sobre las trompas, extirpándolas parcial o completamente, o bien ligándolas. La ligadura de las trompas, que es la técnica de esterilización tubárica más utilizada, puede llevarse a cabo por vía laparoscópica, mediante una mini-laparotomía, o por vía histeroscópica.

---

[588]«International Family Planning Digest», 1976, 2, p. 2. Cfr. TETTAMANZI, La sterilizzazione anticon-cezionale, p. 15.

[589] UNITED NATIONS, World Populations Trends and Policies, Nueva York 1988, pp. 80 ss.

[590] PESCETTO G., DE CECCO L., PECORARI D., RAGNI A., Manuale di Ginecología e Ostetricia, I, Roma 1989, pp. 351-354; RICHART R.M., PRAGEA D.J., Human sterilization, Springfield 1972; NAVARRETTA V., La contraccezione ed i dispositiui intrauterini: meccanismo di azione ed efetti fisici, en Actas de la Reunión sobre «Procreación artificial», fase. 6, Instituto Juan Pablo II, Pontificia Universidad Lateranense, Roma 1984; TETTAMANZI D., La sterilizzazione: problemi morali oggi, «Rivista del Clero Italiano», 1979, 2, pp. 115-128.

[467]

Se está intentando también la esterilización por vía endouterina con el fin de insertar en las trompas a través del útero pequeñas esferas de quinacrina. La sustancia produciría un daño y una fibrosis en la trompa causando, así, la oclusión.

La esterilización por vía laparascópica se efectúa aplicando anillos de «sylastic», o clips elásticos de muelle, o bien —aunque esta modalidad es menos frecuente por ser irreversible—, mediante electrocoagulación y termocoagulación.

La esterilización por vía m i ni-lapa roscóp ica se efectúa mediante la resección y sutura de las trompas. En caso de que se opte por la esterilización por vía histe-roscópica, se colocan en las aberturas de las dos trompas en el útero sendos tam-pones de silicona perforados, unidos a un hilo que se mantiene en la cavidad endometrial: en este punto se inyecta en ambas aberturas silicona en forma líquida que, al solidificarse, ocluye las trompas. Si la mujer desea volver a ser fértil, se remueve por vía histeroscópica el hilo que está en la cavidad uterina, y que arrastra consigo los lampones.

La esterilización mediante intervención sobre las trompas recibe también el nombre eufemístico de «aislamiento uterino» puesto que, manipulando el paso de los gametos femeninos (ovocitos) desde el ovario al útero, este último quedaría aislado de las gónadas.

Se recurre a las técnicas más radicales e irreversibles, como la ovariectomía y la histerectomía, para practicar intervenciones terapéuticas (tumores, hemorragias) y no por una simple finalidad anticonceptiva.

Para la esterilización del varón las técnicas se resumen en gran parte en la vasectomía: los conductos deferentes son seccionados y ligados o, según técnicas más recientes aún en experimentación, ocluidos con pequeños cilindros de nylon o sylastic; estos cilindros pueden ser removidos, restableciéndose con ello la permeabilidad de las vías espermáticas.

En cuanto a la reversibilidad, ésta varía según la técnica de esterilización utilizada: la recanalización de los conductos deferentes por microcirugía varía desde el 37 al 90 por ciento; en la mujer, parece que se puede llegar al 50-60 por ciento de embarazos a término después de proceder a la recanalización; aunque no se excluye que más adelante los avances de la cirugía puedan lograr mejores resultados. Y siempre hay que tener en cuenta que algunas de estas técnicas requieren un instrumental del que pocos hospitales disponen por ahora.

Otro dato que hay que tomar en consideración —y que en general no lo recuerda la prensa que está a favor de la esterilización (lo mismo que ocurrió en los primeros tiempos de difusión de los anticonceptivos) — son las posibles complicaciones.

En el tratamiento de la esterilidad masculina los riesgos de complicaciones parecen más relevantes: en efecto, los riesgos de granulomas, hematomas e infecciones pueden llegar al 5-6 por ciento de las intervenciones; pero la complicación

---

[468]

más seria, aún en estudio, es que se origine una reacción inmunitaria que conduzca a la producción de anticuerpos capaces de inducir infertilidad permanente incluso tras la recanalización de los conductos deferentes[591] (anticuerpos aglutinantes del esperma se darían en el 50-60 por ciento de los casos; los anticuerpos inmovilizantes del esperma, en el 20-40 por ciento).

Por otra parte, y a la espera de investigaciones más profundas, diversos estudios denuncian con mayor o menor relevancia[592] ciertas consecuencias de complicaciones de carácter psicológico y psico-sexual, tanto para la mujer como para el hombre.

Parece, de todos modos, que la misma opción de esterilización, más o menos inducida por presiones externas o por una angustia creciente, es ya síntoma y agente de un dinamismo de carácter autodestructivo. Complicaciones psicológicas no pueden faltar, en cuanto que el menoscabo y la incertidumbre ante su carácter transitorio se sienten y viven en el sujeto y dentro de la relación de pareja. Y tales repercusiones psicológicas serán más profundas en la medida en que pueda haber repercusiones hormonales o trastornos funcionales vinculados al menos con ciertas técnicas.

El estado de la situación, tal como se presenta en Italia en la actualidad, nos induce a poner de relieve algunos datos:

a) los motivos que llevan hoy a practicar la esterilización voluntaria y a proponer leyes en la materia están inspirados en una motivación claramente anticonceptiva: de la anticoncepción mecánica se ha pasado a la hormonal, para llegar a la quirúrgica o esterilizante, en busca del medio técnico más radical y más fácil de controlar. La creciente inclinación a practicar la esterilización procede ciertamente del conocimiento difundido, ahora ya documentado, de los daños y de las patologías originadas por los anticonceptivos hormonales. Pero lo que sorprende grandemente es que esta mentalidad anticonceptiva sea llamada «búsqueda de una procreación consciente y responsable», cuando es obvio que a la persona esterilizada se le priva de la facultad de procrear responsablemente, y lo que hace es elegir entre procrear o no procrear en cualquier momento de su vida fecunda y fértil. Es una hipocresía que se asemeja a aquella con la que la ley 194 [italiana] llama

---

591 SARDÓN I.P., La stérilisation dans le monde. Aperqus médicaux et ¡egislatifs, «Population», marzo-abril 1977, p. 415; TETTAMANZI, La sterilizzazione: problemi..., pp. 116-117.

592 KOHLL K.L., SOBRERO A.J., Vasectomy: a study of psychosexual and general reaction, «Social Biology», 1973, 20, pp. 298-302.

a la liberalización del aborto «protección de la maternidad». La motivación aducida por algunos —de que, según el criterio del mal menor, con la esterilización voluntaria se limitaría la difusión del aborto voluntario—

---

[469]

no se puede sostener éticamente, porque para evitar el aborto hay otros caminos lícitos; y porque, si a veces no hay más remedio que aceptar el mal menor por imposición ajena, lo que no se puede es elegirlo voluntariamente;

b) en este afán de esterilizar a las parejas —por el que parece reproducirse, debido a los grupos de presión, un clima de coacción propagandística— se están buscando técnicas que proporcionen una cierta posibilidad de reversibilidad, tanto para hacer psicológicamente más aceptable el procedimiento cuanto para escapar a las prescripciones legales ligadas a la prohibición de menoscabar la integridad física de forma permanente;

c) se silencia todo lo que ya se sabe sobre las eventuales complicaciones de carácter psicológico, biológico o psicosexual. No se recomienda tener cautela para que, antes de difundir una práctica semejante, se conozca con certeza, mediante investigaciones adecuadas, lo llevado a cabo en otras naciones y las consecuencias generales referentes a la salud y a la estabilidad afectiva de las parejas y del individuo en particular.

La valoración moral

Después de lo que hemos expuesto, apenas hay que recordar que el caso de la esterilización voluntaria, encaminada a conseguir directa y simplemente la infertilidad, es muy distinto de otros dos tipos de esterilización: la coactiva y la terapeutica.

La primera ha sido condenada por el sentir común, además de por la Iglesia, por la doble razón de que lesiona la integridad y ofende a la libertad de la persona[593]. Habría que preguntarse si ciertas campañas publicitarias, apoyadas por los medios de comunicación y llevadas a

---

[593] La condena de la Iglesia fue pronunciada, además de en la Casti Connubii de Pío XI, también en varias intervenciones del SANTO OFICIO en 1931 y en 1940, en el discurso de Pío xn a las comadronas del 29 de octubre de 1951 y en otras intervenciones con ocasión de los Congresos Médicos del 8 de octubre de 1953 y del 12 de septiembre de 1958. La práctica impuesta en India por razones demográficas fue objeto de condena por la SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE el 13 de marzo de 1975 («L'Osservatore Romano» del 12 de septiembre de 1976), y reiterada por la CONFERENCIA EPISCOPAL INDIA con una declaración del 22 de noviembre de 1977.

Se sabe que esa política fue causa no secundaria de la caída de aquel Gobierno. Véase también FONSECA A., Sterilizzazione obbligatoria in India, «La Civiltà Cattolica», 1976, III, pp. 153-162.

cabo con base en una información incompleta y distorsionada y con el apoyo de movimientos políticos, no llegan a ejercer una análoga presión coactiva. Todos reconocen hoy, por ejemplo, la peligrosidad sanitaria del anticonceptivo hormonal, pero cuando se puso a la venta las voces de alarma y de desacuerdo fueron silenciadas, apresurándose los gobiernos y los parlamentos a liberalizarlo, mientras ciertos movimientos políticos, con falsas banderas libertarias, y los organismos que los financiaban presionaron a la población

---

[470]
en los países subdesarrollados, especialmente a los más indefensos por falta de instrucción sanitaria.

De las esterilizaciones infligidas como castigo a personas que incurrían en delitos sexuales especiales, queda sólo el recuerdo histórico de excesos penales e inhumanos.

La esterilización terapéutica o curativa, practicada desde hace mucho tiempo en los hospitales, no suscita, como hemos dicho, particulares problemas morales. Este procedimiento, motivado a menudo por la aparición de tumores o de procesos patológicos que sólo pueden ser tratados eficazmente extirpando los órganos de la reproducción, es moralmente lícito, como cualquier otra intervención quirúrgica que comporte un menoscabo, con estas condiciones:

«a) debe estar ordenado al bien de la totalidad del organismo;

b) debe ser necesario para salvar al cuerpo;

c) esa necesidad debe resultar no remediable de otra manera, y

d) debe referirse a una necesidad actual»[594].

Hagamos notar que las razones que apoyan el juicio moral acerca de la ilicitud de la esterilización coactiva y la licitud de la curativa son evidentes también a la luz de la razón ética; en el primer caso se lesiona, sin necesidad objetiva alguna de orden curativo, la integridad de ¡a persona física y se ofende la libertad de la persona en un derecho fundamental e inalienable como es el de la posibilidad de procrear en el matrimonio; en el segundo caso es la salvación del organismo, según el principio de la totalidad del bien personal, la que requiere y legitima la intervención, que, obviamente, debe en cualquier caso notificarse al paciente para que dé su consentimiento. Más adelante ahondaremos en el principio terapéutico o de la totalidad.

El problema ético se plantea de forma más aguda en relación con la esterilización que tiene una finalidad anticonceptiva y es de carácter voluntario, es decir, la que se practica con el consentimiento de la persona interesada.

Sobre este punto en concreto la posición del Magisterio de la Iglesia católica es muy clara. Baste citar algunos documentos entre los

---

[594] PAQUIN]., Morale e Medicina, Roma 1962, pp. 239-241; TETTAMANZI, La sterilizzazione: problemi..., p. 120.

más significativos y explícitos, pues las motivaciones aducidas son dignas de atención incluso a la luz de la simple razón humana.

En la Humanae Vitae Pablo VI afirma: «Hay que excluir igualmente, como el Magisterio de la Iglesia ha declarado muchas veces, la esterilización directa, o temporal, tanto del hombre como de la mujer»[595].

---

[471]

Más difundido e interesante, también por la referencia que hace a la opinión de algunos teólogos, es el documento de la Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe sobre La esterilización en los hospitales católicos del 13 de marzo de 1975, en la que se afirma textualmente:

«Cualquier esterilización que por sí misma, esto es, por su naturaleza y condición, tenga como único efecto inmediato hacer que la facultad de engendrar sea incapaz de procrear, se debe considerar como una esterilización directa, en el sentido en que este término es entendido en las declaraciones del magisterio pontificio, especialmente de Pío XII. Por esto, según la doctrina de la Iglesia, sigue estando absolutamente prohibida, a pesar de cualquier buena intención subjetiva de aquellos cuyas intervenciones tienen como inspiración el curar o prevenir una enfermedad física o mental prevista o temida como resultado de un embarazo. Y de hecho la esterilización de la facultad [generativa] está prohibida por un motivo aún más grave que la esterilización de cada uno de los actos aislados, puesto que produce en la persona un estado de esterilidad casi siempre irreversible. Ni se puede invocar tampoco alguna disposición de la autoridad pública que tratara de imponer la esterilización directa como necesaria para el bien común, pues tal esterilización ataca a la dignidad e inviolabilidad de la persona humana.

Tampoco se puede invocar en este caso el principio de totalidad, en virtud del cual están justificadas las intervenciones sobre los órganos con motivo de un bien mayor de la persona; en realidad la esterilización buscada por sí misma no está orientada al bien integral de la persona rectamente entendido —"en la observancia de! recto orden de las cosas y de los bienes"—, desde el momento en que es contraria al bien moral de la persona, que es el bien más alto, pri-~ vando deliberadamente de un elemento esencial a la actividad sexual prevista y libremente elegida. [...] La Congregación, mientras confirma esta doctrina tradicional de la Iglesia, no ignora el hecho de la disconformidad existente contra ella por parte de muchos teólogos. La Congregación, sin embargo, niega que se pueda atribuir un significado doctrinal a este hecho en cuanto tal, casi como si constituyera un "lugar teológico" que los fieles pudieran invocar,

[595] Pablo VI, Encìclica «Humanae Vitae», n. 14.

abandonando el Magisterio auténtico de la Iglesia para adherirse a opiniones de teólogos particulares que disienten de ella»[596].

Después de éstos, no consideramos necesario aducir otros textos del Magisterio, aunque son numerosos, pareciéndonos conveniente más bien hacer algunas anotaciones para explicar el último texto, ya de suyo claro y motivado.

A este fin, es oportuno también recordar dos principios referentes al tema, principios que, enfatizados por los documentos del Magisterio, cobran gran relieve y son de validez universal en el plano antropológico y ético:

---

[472]

a) el principio de la no disponibilidad o inviolabilidad de la persona humana, en cuanto bien supremo en el mundo; para el creyente la persona humana está protegida por el Creador y ha sido redimida por Cristo; y

b) el principio de la unidad y totalidad de la persona (unitotalidad), del que hablábamos ya en el capítulo relativo a los principios generales de la bioética.

La inviolabilidad de la persona y de su integridad física

El principio de la inviolabilidad o de la no disponibilidad de la persona, incluso contra a la voluntad del sujeto mismo, es doctrina clara de la Iglesia pero también de una sana filosofía, constituyendo el eje central ontológico y ético de toda norma ética y jurídica. Este principio supremo lo encontramos repetidamente en la Humanae Vitae:

«Por tanto, si no se quiere exponer al arbitrio de los hombres la misión de engendrar la vida, se deben reconocer necesariamente unos límites infranqueables a la posibilidad de dominio del hombre sobre su propio cuerpo y sus funciones; límites que a ningún hombre, sea un particular o esté investido de autoridad, es lícito quebrantar. Y tales límites no pueden ser determinados sino por el respeto debido a la integridad del organismo humano y de sus funciones, según los principios antes recordados y según la recta inteligencia del "principio de totalidad" ilustrado por nuestro predecesor Pío XII»[597].

Mientras que el Concilio Vaticano II, en la Constitución Pastoral «Gaudium et Spes», dice:

---

[596] *Congregación para la Doctrina de la Fe,* La esterilización en los hospitales católicos en En-chiridion Vaticanum, 5 (1974-1976), Bolonia 1979, pp. 736-741. Numerosos son los documentos pontificios relativos a la esterilización: cfr. Pió XII, Alocuciones del 29 de octubre de 1951, 7 de octubre de 1953 y 7 de septiembre de 1958, en AAS, 1951, 43, pp. 843-844; 1953, 45, pp. 606 y 675, y 1958, 56, pp. 743-745.

[597] Pablo VI, Encíclica «Humanae Vitae», n. 17.

«En la unidad de cuerpo y alma, el hombre, por su misma condición corporal, es una síntesis del universo material, el cual alcanza por medio del hombre su más alta cima y alza la voz para la libre alabanza del Creador. No debe, por tanto, despreciar la vida corporal, sino que, por el contrario, debe tener por bueno y honrar a su propio cuerpo, como criatura de Dios que ha de resucitar el último día»[598].

La base, o razón última, de esta no disponibilidad de la persona humana consiste en el hecho de que el hombre es criatura de Dios y, por tanto, toda su realidad personal es don de Dios y a Dios pertenece. El hombre tiene una responsabilidad sobre sí, no un dominio o una autoposesión arbitraria. En el plano puramente racional este fundamento estriba en el hecho de que la persona es el valor primero y trascendente y, si falla ese fundamento, se acaba en el relativismo total, como hemos dicho ya en varias ocasiones.

---

[473]

Esta fundamentación es ontológica y ética; si se elimina esta base, cae por tierra toda la ética y el fundamento mismo de la civilización humana; si el hombre tuviera un dominio arbitrario sobre sí mismo, si fuera su dueño despótico, ¿por qué no habría de tener el mismo dominio sobre los demás? ¿Es que la vida ajena debe valer más que la propia y tener una protección superior? ¿Y quién la habría de proteger?

Como se ve, no hay otras alternativas: o bien se acepta una visión creacionista, o por lo menos personalista del hombre —y entonces el valor hombre es absoluto e intangible—, o se acaba en una visión inmanentista (el hombre dueño del hombre/el Estado dueño del hombre); y entonces no sólo se abre la puerta a la esterilización, sino también al derecho al suicidio, a la eutanasia, a la justificación del homicidio voluntario, del aborto y de todo tipo de violencia.

Es el dilema que planteaba Jacques Maritain:

«Somos llevamos a distinguir dos especies de humanismo: un humanismo teo-céntrico, o verdaderamente cristiano, y un humanismo antropocéntrico [...] La primera especie reconoce que Dios está en el centro del hombre, implica el concepto del hombre pecador y redimido, y el concepto cristiano de la Gracia y de la libertad. La segunda cree que el hombre mismo es el centro del hombre y, por tanto, de todas las cosas, e implica un concepto naturalista del hombre y de la libertad. Si este concepto es falso, es comprensible que el humanismo antropocéntrico merezca el nombre de humanismo inhumano y que su dialéctica deba ser considerada como la tragedia del humanismo»[599].

Reconocerse responsables y no arbitros de la propia persona quiere decir respetarla en sus exigencias, en sus potencialidades, en su integridad; en otras palabras, exige que el orden moral se adecué al

---

[598] CONCIUO VATICANO II, Constitución Pastoral «Gaudium et Spes», n. 14.

[599] Marjtain J., UMANESIMO INTÉGRALE, *Turín* 1962, *p.* 75.

orden ontológico: es lo que se entiende cuando se habla de conformidad con la ley natural.

Esta —como dijimos en el capítulo sobre «Bioética y tecnologías de fecundación humana»— no debe entenderse como una ley simplemente biológica, sino ontológica, en la que también la biología entra intrínsecamente, siendo el cuerpo no parte accesoria, sino constitutiva del hombre; más aún, la manifestación y el instrumento expansivo de toda la persona. Seguir la ley natural no quiere decir adecuarse a un carril estático, sino seguir las exigencias y estructuras esenciales de crecimiento y expansión de la persona, abierta al dinamismo expansivo y realista del crecimiento del ser y del amor. No se puede, en nombre del dinamismo de la ley natura!, legitimar la supresión voluntaria y arbitraria de una dimensión esencial cualquiera de la propia humanidad y del propio ser. Moralidad y respeto de la totalidad y unidad del ser humano.

---

[474]

La sexualidad, como hemos recordado, es dimensión esencial física, psicológica y espiritual, de la totalidad de la persona; en el ejercicio de la sexualidad la dimensión unitiva y la procreativa son distintas y están unidas (unitotalidad), hasta tal punto que en el orden estructural no se puede suprimir una sin sacrificar la otra. Ambas están unidas ontológicamente, y unidas deben permanecer desde el punto de vista de la apertura existencial tanto en el ejercicio del acto aislado como en la integridad de las facultades, prescindiendo del resultado generativo, que es regulado él mismo por leyes intrínsecas a los dinamismos naturales y por la razón. Este tema lo analizamos ya en el capítulo relativo a la procreación responsable.

Es el problema —que recuerda la Humanae Vitae, válido a la luz de la sana razón— del reconocimiento de un orden objetivo y ontológico como fundamento del orden ético. Aquí también vale el precepto bíblico: que lo que Dios ha unido no lo separe el hombre.

El respeto del orden ontológico o natural, o bien la observancia de la ley y del orden moral, representa el bien supremo del hombre: es como la cabeza en el cuerpo humano. Y no hay cálculos oportunistas o problemas incluso humanamente angustiosos que merezcan desistir de esta rectitud.

El cristiano ha aprendido a perder hasta la vida física, antes que fallar al bien supremo de su rectitud moral. Cualquier otra moralidad es subjetivista, es arbitrariedad, desorientación hedonista o concepción materialista de la vida.

Añadamos que,»a pesar de la interpretación de la Corte de Casación, nos parece que la Constitución italiana ha aceptado este concepto de trascendencia y de no disponibilidad de la persona humana, justamente en los artículos 2 y 32, basándose toda ella en este concepto. Una ley, como ya lo era la 194 sobre el aborto, ventilada para legalizar la

esterilización voluntaria, debería pasar por encima incluso del sentido fundamental de la Constitución republicana[600].

Unitotalidad del ser humano

La persona es existencia unificadora, pluralidad y diversidad de facultades y de expresiones vitales, de tal manera que toda unidad hace referencia a la pluralidad y toda pluralidad y diversidad apela a la unificación, como referencia esencial y como objetivo y dinamismo estructural. Tal estructura implica, por tanto, una jerarquía de los bienes personales, ordenada al todo y al bien supremo.

Esto significa que si es lícito, a fin de salvaguardar el todo de la vida física (como bien objetivamente entendido y buscado), proceder a la supresión quirúrgica de un órgano o de una de sus partes cuando no hay otro remedio (como puede ocurrir

---

[475]

en la esterilización curativa o terapéutica), no es lícito, en cambio, suprimir un bien físico simplemente por un acto de voluntad individual o por una ayuda psicológica, en detrimento del bien moral del todo, incluso cuando existen otras posibilidades de solucionar el problema. Tal es el caso de la anticoncepción en general, y de la esterilización anticonceptiva en particular; la inmoralidad de la esterilización hay que considerarla más grave porque en la esterilización no sólo se produce una mortificación del acto, sino que se efectúa una mutilación o una suspensión duradera de la facultad procreadora. En este campo —que supone claramente la opción por el valor objetivo y ontológico de la persona y que hemos analizado ya en el capítulo dedicado a los principios generales de la bioética— nos parecen infundadas las hipótesis de aquellos teólogos que el citado documento de la Sgda. Congregación de la Doctrina de la Fe señala como «disidentes» y califica de no autorizados para los creyentes. Esos teólogos apelan, tanto para ia anticoncepción como para la esterilización voluntaria, a dos llamados principios, con los cuales la enseñanza de la Humanae Vitae quedaría superada y prácticamente vacía de contenido: el principio de la opcionalidad entre los fines buscados y el principio de la globalidad[601], en el sentido de considerar todo el conjunto de las situaciones psicológicas existenciales del sujeto.

Para que el principio de la totalidad pueda ser aplicado legítima y lícitamente se requieren algunas condiciones esenciales. Las queremos

---

[600] MANTOVANI, La sterilizzazione consensuale.

[601] Rossi, Sterilità e sterilizzazione, en Dizionario Enciclopedico..., pp. 1059-1060; HARING, Etica medica, pp. 153-154; CHIAVACCI E., Morale della vita fisica, Bolonia 1976, pp. 72-73. Para una respuesta más exhaustiva a esta hipótesis, véase TETTAMANZI, La sterilizzazione: problemi..., pp. 126-127.

recordar aquí porque en el principio de totalidad se basa el principio derivado, el llamado terapéutico.

La intervención debe tener estas condiciones:

a) debe contar con el consentimiento del paciente;

b) debe estar ordenada al bien del organismo mismo sobre el que se actúa; por lo menos, debe considerar y abarcar también el bien de la totalidad del organismo en el que se interviene[602];

c) debe ser una intervención necesaria, esto es, que no existan otras alternativas válidas;

d) la necesidad debe ser actual en el momento de la intervención;

e) la intervención directa debe ser sobre la parte enferma, para extirparla; si se deriva una esterilización, ésta debe ser indirecta. Se puede extirpar la

---

[476]

parte sana sólo cuando es la causa real de una patología no remediable de otra manera.

Los esfuerzos que hacen algunos moralistas para superar estas condiciones «objetivas», para desplazar la valoración al plano llamado «personalista», en realidad lleva a eliminar la valoración del componente orgánico en la globalidad de la persona y, por esto, acaba por sugerir un criterio subjetivista.

Resulta superfluo precisar que cuando hablamos de globalidad o totalidad, en ello se debe incluir también al organismo físico en su integridad. Si se habla de concepción de la persona, ésta no está constituida solamente por la libertad total y por las necesidades sociales, sino también por un cuerpo en el que la persona se encarna y manifiesta, y de cuya libertad es responsable.

La exigencia de considerar al cuerpo en la totalidad de la persona hay que entenderla no en sentido exclusivo (sólo el cuerpo) sino en sentido de inclusión (también el cuerpo). De manera que no se da el bien total de la persona cuando se satisface a la persona en sus opciones sociales, o utilitaristas o psicológicas (aunque tengan un motivo), si es con detrimento de su corporeidad y si esta misma •no obtiene algún beneficio.

Por lo demás, repetimos que no es lícito apelar al principio de la totalidad cuando se invoca la esterilización para prevenir un embarazo cuya verdadera causa es sólo ¡a libre actividad sexual. Si se quiere eliminar la causa del embarazo —inaceptable por motivos válidos—, no hay que buscar esa causa en el organismo sano, sino en el uso no

---

[602]La ampliación dei principio de totalidad puede verse en HARING, Etica medica, pp. 153-154; ID., Libertad y fidelidad en Cristo, m (pp. 42-43 de la ed. it.); BOCKLE F., Ethische Àspekte der Freiwilligen operativen Sterilisation, «Stimmen der Zeit», 1974 , p. 755; CHIAVACCI, Morale della..., pp. 72-73. Para un análisis crítico de estas posiciones, véase ZALBA M., Totalità (principio di), en Dizionario Enciclopedico di teologia morale, pp. 1141-1150, con una bibliografia exhaustiva.

regulado de la sexualidad y de los actos procreativos, que son la verdadera «causa» del embarazo.

Los principios de la opcionalidad y de la globalidad

El principio de la opcionalidad lo formulan algunos teólogos como la elección del mal menor o del fin prevaleciente entre dos hipótesis imposibles de llevar a la práctica simultáneamente, a saber, la fecundidad y la unión conyugal; para salvar la segunda sería necesario y estaría permitido suprimir la primera por vía anticonceptiva o incluso con la esterilización. Se supone generalmente que este dilema no admite una tercera vía, que es la de la regulación racional del acto de la procreación.

Hay que recordar una vez más que lo que dificulta la unión de los esposos no es la facultad de engendrar, sino su ejercicio; por lo que no está motivado racionalmente el abolir la facultad generativa, argumentando la dificultad de su ejercicio.

Hay que agregar a este razonamiento que la regulación «natural», de conformidad con el bien ético y médico-psicológico de la persona, en la actualidad es

---

[477]

cada vez más practicable, avalada como está por los avances de la ciencia en el campo de los «métodos naturales»; en segundo lugar, estando vinculados en la unidad los dos fines del matrimonio —el de la apertura a la fecundidad y el de la unión afectiva—, h supresión voluntaria de uno empobrece y distorsiona el significado del otro también; finalmente, en esta posibilidad de opción no se considera el bien ético superior que consiste en la aceptación y promoción del orden ontológico de la persona y de su totalidad expansiva, cuando ninguna razón curativa comporta la supresión de una facultad que es física y espiritual a la vez. So capa de opcionalidad se esconde fácilmente el subjetivismo e, incluso con la mejor intención al tratar de comprender más atentamente las dificultades conyugales, se procede a una decadencia ética y ontológica del amor, al no responsabilizar a la persona.

Con el principio invocado de la globalidad del bien personal se quiere entender la globalidad del bienestar conyugal, familiar y social que, según tales autores, requeriría, en ciertos casos, la intervención anticonceptiva o, en la imposibilidad de practicarla, la esterilización.

La extensión del principio de globalidad a la dimensión psicológica y social, sostenida también respecto del aborto y la anticoncepción, se torna un contrasentido: cuando se empieza por suprimir la dimensión física, no hay globalidad que valga, además de que se legitima el subjetivismo y la instrumentación política, por lo que la ética pierde su fundamento objetivo.

Acabamos de precisar que el término globalidad puede esconder un equívoco o un artificio: la globalidad —o mejor dicho, la totalidad del

bien personal y consiguiente al de la familia y la sociedad— no puede prescindir del orden real constitutivo de la persona, por lo que, cuando no existe una enfermedad física, no se puede proceder a una intervención quirúrgica que lesione al físico, sino que lo que hay que hacer es ordenar los bienes físicos, biológicos y afectivos en armonía con el bien total y supremo de la persona, según el orden moral de los bienes. El cuerpo no puede ser excluido, sino que debe ser incluido en la totalidad del bien ordenado de la persona.

Es lo que afirma el documento de respuesta de la Congregación para la Doctrina de la Fe:

«De igual manera, tampoco se puede invocar en este caso el principio de totalidad, por el cual se justifican las intervenciones sobre los órganos para el bien mayor de la persona; en realidad la esterilidad buscada por sí misma no está orientada al bien integral rectamente entendido de la persona ("observando el recto orden de las cosas y de los bienes"), sino que es contraria al bien moral de la persona, que es el bien supremo, privando a propósito de un elemento esencial a la actividad sexual prevista, libremente elegida»[603].

---

[478]

La solicitud de la esterilización voluntaria como síntoma

Analizando la relación entre las transformaciones sociales y el sistema de los valores en Italia, se ha escrito, que

«más allá de las interpretaciones, diversas y sugestivas, y de los diagnósticos efectuados, hay razón para considerar que nuestro tiempo está marcado por una profunda y difusa incertidumbre sobre los modelos de comportamiento, las normas y, naturalmente, los valores que constituyen —para repetir una famosa definición de Linton— el corazón de la cultura»[604].

La propuesta de legalizar la esterilización voluntaria y la decisión de difundir su práctica se presentan como síntoma de incertidumbre y de decadencia de los valores éticos, los más altos que tocan a la vida y la persona. Anticoncepción, esterilización, aborto, junto con muchos otros hechos y delitos de violencia y de atropellos, indican una «anomia», una falta y un vacío del valor vida y del valor persona. En lo referente a la esterilización voluntaria, probablemente estamos también ante un síntoma de carácter psíquico, de naturaleza destructiva, que debería más bien crear alarma y suscitar cuidados apropiados, y no proponer «ayudas», como dicen los que abogan por una ley en la materia. No es de sorprender que esto ocurra en sociedades de avanzado desarrollo económico, caracterizadas por la primacía de la economía sobre la persona, sino que más bien permite pensar que el homo oeconomicus o el homo ludicus no son el homo humanus; no es todo el hombre, sino

[603] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, La esterilización..., n. 1

[604] Citado por CESÁREO V., L'epoca dell'incertezza, «Vita e Pensiero», 1979,2, p. 36.

el hombre enfermo —por el vacío de valores personales— de una especie de enfermedad agresivamente destructora.

El autor de la Encíclica Humanae Vitae es consciente de que el hombre de hoy, quizás sin que él mismo lo advierta, sucumbe a la alienación de su propia humanidad y, a menudo en nombre del progreso, se vuelve sólo homo oeconomicus u homo technicus. Pablo VI se ve obligado, con toda humildad y firmeza, a recordar la visión integral del hombre, perspectiva en la cual el hombre vuelve a encontrarse y reafirmarse a sí mismo como homo humanus[605].

Es lo que decía también Juan Pablo II en el curso de su primera visita a México:

«La verdad que debemos al hombre es, ante todo, una verdad sobre él mismo (...) Quizás una de las más vistosas debilidades de la civilización actual esté en esta inadecuada visión del hombre. La nuestra es, sin duda, la época en que más se ha escrito y hablado sobre el hombre, la época de los humanismos y del antropocentrismo. Sin embargo, paradójicamente, es también la época de las hondas angustias del hombre respecto de su identidad y el propio destino,

---

[479]

[605] WOJTYLA K., La uisione antropológica della «Humanae Vitae», «Lateranum», 1978, 0. 129.

del rebajamiento del hombre a niveles antes insospechados, época de valores humanos conculcados como jamás lo fueron antes»[606].

Para la cultura católica,- al igual que para la promoción humana y social, resulta ya urgente reanudar una meditación filosófica y teológica sobre el hombre que concuerde estrechamente, sin subordinaciones instrumentales, con los datos científicos serios. Teilhard de Chardin dejó escrito: «Como ocurre con los meridianos en las cercanías del polo, así la ciencia, la filosofía y la religión convergen en las inmediaciones del Todo»[607]: acercándose al todo de la visión integral del hombre como persona e imagen de Dios, es como se pueden reencontrar los puntos de convergencia de estos meridianos.

En cuanto a los problemas conyugales y familiares invocados para justificar el procedimiento destructivo de la esterilización voluntaria, pensamos que ha llegado el momento de adentrarse con valor y confianza por el camino —el único que se abre a las conciencias rectas— que representa la educación en la procreación responsable y en el uso convalidado de los métodos naturales, cuya confiabilidad es cada vez más avalada por la ciencia, mientras que ya desde hace tiempo la moral ha proporcionado indicaciones válidas.

Corolarios y casos concretos de particular gravedad

Se dan casos concretos que resultan para los médicos dramáticos y difíciles de solucionar desde el punto de vista ético, además de para los directamente interesados: es el caso en que no hay otra alternativa que la esterilización, o la abstinencia total entre los cónyuges (el llamado «caso límite»); el caso del enfermo mental (la mujer generalmente) que puede ser objeto de abuso sexual, y el caso de la violencia carnal (intra o extraconyugal)[608].

El llamado «caso limite»

Para dilucidar este caso tenemos que referirnos a aquellos textos del Magisterio a los que desde distintas instancias se apela frecuentemente.

Se pueden presentar situaciones de índole médica en las que un nuevo embarazo es absolutamente desaconsejable y peligroso (graves patologías cardiacas, circulatorias, renales; o múltiples cesáreas precedentes).

A este propósito se cita el pasaje de la Gaudium et Spes en el que se subraya que

---

[606] JUAN PABLO II, Discurso en la inauguración de la III Conferencia del Episcopado Latinoamericano
en Puebla (28.1.1979), en FERNANDEZ V.M. (comp.). La Palabra del Papa en México, México 1979, p. 126.

[607] TEILHARD DE CHARDIN P., I l fenómeno umano, Turín 1973, p. 17.

[608] Los casos están bien definidos y analizados en el volumen de CICCONE, Non uccidere..., pp. 346-352.

[480]

«cuando la intimidad conyuga! se interrumpe, puede no raras veces correr riesgos la fidelidad y quedar comprometido el bien de la prole, porque entonces la educación de los hijos y la fortaleza necesaria para aceptar los que vengan quedan en peligro»[609].

Y se concluye que, puesto que no se debe interrumpir la intimidad conyugal y, por otra parte, ésta no se puede ejercer sin el riesgo de un embarazo que sería letal, habría que justificar la esterilización como una razón extrema.

A este propósito se pueden hacer tres observaciones. Ante todo, el sentido del pasaje del Concilio Vaticano II no es el que se le quiere dar, pues no permite afirmar que sea ilícita la abstinencia tota! por graves y proporcionados motivos, ni, mucho menos, permite recurrir a la esterilización: la esterilización no es el único medio para evitar un embarazo; y la aplicación a este propósito del principio del mal menor es arbitraria y forzada.

Aclaremos cada una de estas afirmaciones. El texto conciliar quiere subrayar en el número 51 de la Gaudium et Spes la necesidad de armonizar las exigencias de! amor conyuga! con las de la regulación responsable de ia fecundidad. De esto se puede colegir que no está bien normalmente interrumpir la relación conyugal sin motivos justificados, porque andando el tiempo podrían verse perjudicadas la concordia de los cónyuges y la educación de la prole. Pero no hay que exprimir el pasaje hasta hacerle decir lo que no dice: que no puedan darse situaciones tan graves como para se requiera la abstinencia consciente y motivada: los términos con que se expresa el texto (pueden estar comprometidos... no raramente) indican una situación de norma usual y no de absoluta prohibición. Por lo demás, el Magisterio mismo no oculta a los cónyuges que su vocación, como cualquier otra, puede ponerlos en situación de tener que echar mano de una virtud excepcional, cuando no incluso de heroísmo.

Como dice el Concilio mismo:

«Para hacer frente con constancia a las obligaciones de esta vocación cristiana, se requiere una insigne virtud; por eso los esposos, vigorizados por la gracia para la vida de santidad, cultivarán la firmeza en el amor, la magnanimidad de corazón y el espíritu de sacrificio, pidiéndolos asiduamente en la oración»[610].

Pensemos en lo que puede ocurrir por necesidades superiores **a** la voluntad de la pareja, en el caso en que el marido, por lesiones de la médula espinal como consecuencia de un accidente o traumatismo, no puede físicamente llevar **a** cabo la unión conyugal: es el caso de los

[609] Concilio Vaticano **II,** Gaudium et Spes, n. 51.
[610] ID., n. 49.

parapléjicos, **a** quienes sólo con terapias especiales se les puede a veces devolver la posibilidad de una unión sexual.

---

[481]

Que el Magisterio, de todos modos, no pretende avalar indirectamente la esterilización voluntaria en estos casos, se puede demostrar con el siguiente pasaje del documento citado de la Congregación para la Doctrina de la Fe:

«Por esto, según la doctrina de la Iglesia [la esterilización] sigue estando absolutamente prohibida, a pesar de cualquier buena intención subjetiva de aquellos cuyas intervenciones tienen como inspiración el curar o prevenir una enfermedad física o mental prevista o temida como resultado de un embarazo»[611].

La segunda observación es que la esterilización no es el único camino para evitar el embarazo; además de la continencia, existen hoy posibilidades vinculadas con los métodos naturales, de los que hemos tratado ya en un capítulo anterior.

Finalmente, el principio del mal menor no es aplicable en este caso, tanto porque no se da un férreo dilema cuanto porque el mal menor —aunque pudiera tolerarse cuando es infligido— jamás puede se elegido como medio.

Precisadas estas razones, podemos sacar algunas aplicaciones concretas.

La previsión de un sucesivo embarazo difícil y con riesgos (nefropatías, car-diopatías, etcétera) no es razón suficiente para ligar las trompas en el curso de una cesárea; tampoco puede aducirse como motivo que las cesáreas ya efectuadas han sido más de una o de dos, porque no es el número de cesáreas efectuadas lo que constituye por sí mismo la causa de la enfermedad. Por todo ello, lo que en estos casos hay que eliminar no es la facultad de engendrar, sino que lo que se debe regular es el ejercicio de la facultad procreativa.

Sólo ante un útero lacerado o enfermo o que origina dolores y trastornos graves, puede justificarse la histerectomía, con la infertilidad consiguiente; porque lo que hay que suprimir cuando no existen otras terapias alternativas es la parte enferma, y la infertilidad es sólo una consecuencia indirecta (el voluntario indirecto). El deterioro y la alteración del útero puede ser también el resultado de múltiples cesáreas, pero lo que autoriza a extirparlo es su estado de alteración patológica, suponiendo que exista una alteración semejante, y no el número de cesáreas padecidas.

Todo lo dicho vale también en el caso en que se requiera la esterilización tubárica para contrarrestar el síndrome del aborto

---

[611] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, La esterilización..., n. 1. Véase CICCONE, Non uccidere p. 346.

espontáneo[612]: hay quien, efectivamente, ha propuesto recurrir a la esterilización como medida de prevención. Tampoco en el aborto repetido espontáneo son el útero o las trompas la causa de la patología, la cual, por lo demás, podría beneficiarse de muchos otros tipos de intervención médica.

---

[482]

Tampoco es lícito extirpar los ovarios sanos para impedir embarazos en mujeres que pudieran padecer alguna afección de los ríñones o el corazón; la razón es que no son los ovarios los responsables del eventual malestar de la mujer, sino, en todo caso, el ejercicio de la actividad procreativa libre de la pareja, aunado a las dificultades renales o cardiacas: son el corazón o los ríñones los que hay que curar, y la actividad procreativa libre la que debe ser regulada adecuadamente. A este propósito, y para corroborarlo, citemos lo que declaró alguna vez Pío XII:

«Para justificar la extirpación de los ovarios se alega el principio antes citado [el principio de totalidad] y se dice que está moralmente permitido intervenir sobre los órganos sanos, cuando el bien del todo lo exige. Pero aquí es errado remitirse a ese principio. Porque en este caso el peligro que corre la madre no proviene, directa o indirectamente, de la presencia o de la funcionalidad normal de los ovarios ni de su influencia sobre los órganos enfermos, ríñones, pulmones, corazón. El peligro aparece solamente si la actividad sexual libre causa un embarazo que podría amenazar a los citados órganos, demasiado debilitados o enfermos. Faltan las condiciones que permitan disponer de una parte en favor del todo, en virtud del principio de totalidad. No está, pues, permitido moral-mente intervenir sobre los ovarios sanos»[613].

La mujer mentalmente enferma y el caso de la violencia extra o intraconyugal

Lo dicho hasta ahora se venere al contexto en que la actividad sexual es elegida y prevista libremente. ¿Qué se puede decir cuando la procreación es impuesta por la fuerza o, en todo caso, se ejerce violencia sexual, con el riesgo de una maternidad que podría estar gravemente contraindicada?

---

[612] CINQUE, PELAGALU, DAINI, DELL'ACQUA, SPAGNOLO, Aborto ripetuto spontaneo...

[613] Pío XII, A los participantes en el XXVI Congreso de la Sociedad Italiana de Urología, en Discorsi e Radiomessaggi, XV, pp. 371-379. Cfr. TETTAMANZI, La sterilizzazione anticoncezionale, pp. 50-52; GUZZETTI G.B., Sterilizzazione a scopo contraccettioo, Milán 1981, p. 17.

Se hace notar que, cuando definen como ilícita la esterilización, los documentos del Magisterio se refieren constantemente al ejercicio libre y consciente de la sexualidad[614]. Se pone de relieve también que la misma Encíclica Humanae Vitae, en el n. 13, declara ilícito «el acto conyugal impuesto al cónyuge sin considerar su condición actual y sus legítimos deseos»[615]. Por lo demás, esto es coherente con

---

[483]
cuanto enseña la Encíclica sobre la necesidad de mantener unidos los dos significados del acto conyugal: el procreativo y el unitivo; pero en estos casos de violencia falta el aspecto unitivo.

Y se aduce también un pasaje de un discurso de Pío XII en el que decía textualmente:

«Cuando el portador de una tara hereditaria no es capaz de comportarse humanamente ni, en consecuencia, de contraer matrimonio, o bien cuando más tarde se vuelve incapaz de reivindicar con un acto libre el derecho adquirido por un matrimonio válido, se le puede impedir lícitamente procrear una nueva vida»[616].

En conclusión: si se verificaran simultáneamente las condiciones de violencia física (o de incapacidad mental para consentir libremente) y, además, la necesidad motivada de no procrear por razones proporcionadamente graves, y finalmente, no existiera otro camino para impedir la concepción, en virtud del principio de legítima defensa contra una injusta agresión algunos consideran que es lícito recurrir a la esterilización.

El principio de legítima defensa puede implicar la licitud del daño que se inflige al agresor; por lo que en estos casos hipotéticos, sería de suyo legítimo recurrir a la ley o al uso de la fuerza contra el agresor. Nos preguntamos entonces: ¿puede el mismo principio permitir que una mujer se haga esterilizar, y por esto que se produzca un daño a sí misma, para impedir no ya la violencia sino el resultado de ésta, es decir, la concepción? ¿Puede ser esterilizada la mujer discapacitada mentalmente; que a su vez es objeto de abuso sexual y que, por esto, se ve obligada a sufrir un embarazo? ¿Y quién debe tomar la iniciativa?

---

[614] El Documento sobre la esterilización de la Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe, del 13 de marzo de 1975, afirma: « [La esterilización] es contraria al bien moral de la persona, que es el bien supremo, privando de propósito de un elemento esencial a la prevista actividad sexual libremente elegida» (n. 1). Y más adelante reitera: «Cualquier colaboración suya ¡de los hospitales católicos. N. del A.) ... en intervenciones... dirigidas a un fin anticonceptivo, esto es, a impedir los efectos connaturales de los actos sexuales deliberadamente llevados a cabo por el sujeto esterilizado, está absolutamente prohibida» (n. 3). Véase, para el comentario de estos pasajes: CICCONE, Non uccidere..., pp. 348-351.

[615] Véase ZALBA M., Principia ethica in crisim vocata intra (propter?) crisim morum, «Periódica de re morali, canónica et litúrgica», 1982, 71, pp. 25-63, 319-357.

[616] Pío XII, Discurso a la Unión Médico-Biológica «S. Lucas» (12 de noviembre de 1944), en Discorsi e Radiomessaggi, **vi,** p. 192.

“De hecho hay una tendencia por parte de los tribunales a autorizar la esterilización en los sujetos discapacitados mentales. Como se sabe, en marzo de 1987, el Tribunal de Apelación de Gran Bretaña[617] autorizó una de estas intervenciones en una menor de edad llamada Janette, que estaba afectada de una grave deficiencia mental. El juez tutelar impugnó la sentencia y sometió el caso a la Cámara de los Lores, cuyo pronunciamiento no se conoce hasta este momento.

Esta tendencia fue recientemente confirmada por la Resolución A/3-0231/92 aprobada por el Parlamento Europeo con fecha del 16 de septiembre de 1992, sobre los derechos de los disminuidos mentales. Por lo que concierne al problema de la esterilización, la Resolución se pronuncia como sigue:

---

[484]

«El Parlamento Europeo, por cuanto concierne a los derechos civiles [...], pide que la esterilización sea considerada como la razón última y que pueda ser practicada sólo cuando no se disponga de otros instrumentos o métodos de control, o bien éstos no ofrezcan garantías de seguridad (art. 6); pide que la esterilización de individuos incapaces de entender y de querer pueda efectuarse sólo después de un profundo análisis por parte de al menos dos médicos, y iras elaborar un informe favorable por escrito; pone de relieve a este propósito que a tal fin se ha de consultar también a los padres o a los representantes legales así como a los mismos interesados; la decisión definitiva en relación con la esterilización sólo puede ser tomada por la autoridad judicial competente, de conformidad con los procedimientos previstos en cada uno de los Estados miembros; y cuando en un Estado miembro esté prevista la participación de un representante de los intereses públicos (procurador), éste debe ser interpelado en el ámbito del procedimiento (art. 7); pide que la esterilización pueda ser efectuada sólo dos semanas después de la entrada en vigor de la decisión y que a ese respecto se apliquen técnicas médicas que permitan mejor recobrar la fertilidad (art. 8)».

La lectura de estos tres puntos suscita una gran perplejidad. En efecto, ¿qué se pretende pedir cuando se dice que se ha de considerar la esterilización como «razón última» que se practicaría cuando no se dispusiera de otros medios o éstos no fueran seguros? ¿Tal vez se quiere decir que —en lugar de ser una «razón última»— la esterilización debería practicarse con mucha mayor frecuencia? Si se considera, en efecto, que eventuales medios anticonceptivos —prescindiendo de la ilicitud moral de las anticoncepciones practicadas, entre otras cosas, sin el consentimiento válido— son difíciles de controlar en cuanto a su

[617] ANÓNIMO, In re B (a minor) (sterilization). Law report, «The Times», 1987, March 17, p. 35 (col. 1); DYER C, Sterilization of mentally handicapped woman, «British Medical Journal», 1987, 294, p. 825; CHAKRABORTI **D.,** Sterilization and the mentally handicapped, «British Medical Journal», 1987, 294, p. 794.

adopción o aplicación, y que en tales condiciones las «garantías de seguridad» son una quimera, se puede deducir de ello que la esterilización debería practicarse a gran escala, más que ser la «razón última».

Y más todavía, ¿qué se quiere decir en el punto 7? ¿Que los médicos deben certificar que el individuo es incapaz de entender y de querer y que, por tanto, de-be ser esterilizado? ¿Y con base en qué criterios se debe elegir quién puede ser esterilizado y quién no? ¿Quizás sólo se quiere decir que hay que individualizar algunas enfermedades psíquicas que, a diferencia de otras, comportan la esterilización coactiva? Además, la Resolución pide consultar a los padres y a los representantes legales, dejando, no obstante, la decisión a la autoridad judicial y —donde esté previsto— también a un representante de los intereses públicos (procurador): todo parece, pues, estar en su lugar, aunque nada esté en orden. Y todos tendrían algo que decir, menos el interesado que debe aceptar dócilmente que otros decidan sobre su destino.

El punto 8 pide que esa esterilización obligada se haga con la máxima cautela, después de esperar sus buenas dos semanas desde la fecha en que se decidió (no queda claro lo que pueda suceder durante estos quince días de reflexión, ni tampoco quién debe reflexionar) y, si es posible, con técnicas que permitan recobrar

---

[485]

mejor la fertilidad. Poco importa si, luego, estas técnicas tienen resultados escasos o caprichosos, y si, en todo caso, requieren de una segunda intervención quirúrgica con la correspondiente anestesia: el disminuido psíquico —según la Resolución-**tendría** una menor dignidad, sería menos persona que quienes están sanos; y, por tanto, ¡podría soportarlo todo![618]

Por consiguiente, el hecho de que haya moralistas que consideren lícita la esterilización en estos casos, no impide abrigar serias dudas sobre la eficacia de un procedimiento semejante y tampoco exime del deber de buscar medios más legítimos y menos cruentos de autodefensa, más respetuosos de la dignidad humana, que habría que emplear contra el agresor.

Aparte la ley civil, los especialistas en ética siguen debatiendo el tema y es de enfatizar el hecho de que entre los que no son de inspiración católica, aunque admitan en general la esterilización con fines anticonceptivos, prevalece la convicción de que la esterilización no es aceptable sin un consentimiento explícito[619].

[618] Véase también: SCALABRINO SPADEA M., La tutela del malato di mente nel diritto internazionale dei diritti dell'uomo: documenti vecchi e nuovi, «Medicina e Morale» 1992, 6, pp. 1105-1118.

[619] GILLON R., On sterilising severely mentallv handicapped people, «Journal of Medical Ethics», 1987, 13, pp. 59-61.

Una ley contra la violencia sexual nos parece un remedio más educativo. Es de subrayarse, por esto, la condición impuesta incluso por los moralistas favorables a la esterilización en estos casos: que no exista otro medio más apropiado para impedir la violencia. Parece, en efecto, absurdo que para impedir un abuso se procure un daño físico, no ya a la persona que lleva a cabo ese abuso, sino a la que lo padece y que, en el caso de la deficiente mental, bastante discapacidad soporta ya.

La ley y la esterilización

La relación entre ley y esterilización se plantea hoy con diversas hipótesis: la de despenalizar la esterilización voluntaria; la de legalizarla; y, en algunas hipótesis, hasta el imponer por ley la esterilización voluntaria.

Comencemos por la última, ya recordada. Se hizo realidad en la Alemania de Hitler con una finalidad eugenésica, siendo condenada en el campo católico por Pío XI en la Casti Connubii del 31 de diciembre de 1930, y luego por los decretos del Santo Oficio en 1931 y en 1940; condena que repitió Pío XII en varios discursos (29 de octubre de 1951; 7 de septiembre de 1953; 12 de septiembre de 1958). Con el propósito de lograr un control demográfico, en 1973 se legisló en India lo conducente según el Gobierno, dando por resultado que 13 millones de indios quedaran esterilizados. La reacción de los obispos indios fue explícita, re-frendada

---

[486]

por la firma del cardenal Picachy (19 de marzo de 1976) así como por la del Comité permanente en 1976, repitiéndose esta condena con ocasión del décimo aniversario de la Humanae Vitae. Pablo VI se pronunciaba en el mismo sentido con ocasión de la «Conferencia Mundial sobre la Población» celebrada en Bucarest. Esta condena fue sancionada, asimismo, en el documento de conclusión del Sínodo sobre la Familia de 1980[620].

La condena de una ley semejante es intuitiva y se funda en el motivo de que ofende a dos derechos fundamentales reconocidos no sólo por la moral racional, sino también por el derecho internacional: el derecho a la integridad física y el derecho a la libertad fundamental de tener una familia y de activar en ella la procreación responsable. La procreación sigue siendo una responsabilidad de los cónyuges. Contra

---

[620]Cfr. Contre un projet de loi sur la stérilisation obligatoire en Inde, «La Documentation Catho-
lique», 1976, pp. 420-421; «L'Osservatore Romano» del 30.5.1976, p. 2 y del 1.3.1978; PABLO VI, Discurso a los participantes en la 25- Asamblea general de la Federación Internacional Farmacéu tica y en el 34Q Congreso Internacional de Ciencias Farmacéuticas (7 de noviembre de 1974), en Insegnamenti di Paolo VI, xn, p. 800; SÍNODO DE LOS OBISPOS, Mensaje a las familias cristianas (24 de octubre de 1980), en Enchiridion Vaticanum, 7, pp. 743-759.

este tipo de esterilización coactiva se da el rechazo instintivo de las poblaciones mismas y es por este motivo por el que se recurre ya a otros tipos de procedimientos legales cuando se busca el control demográfico.

Pero si es rechazada la idea de la esterilización coaccionada a fin de controlar los nacimientos, no se encuentra la misma unanimidad respecto de la esterilización obligada para los enfermos mentales. De un estudio comparado, efectuado por la diputada Bárbara Schmidbauer por encargo del Parlamento Europeo, se deduce que en cada uno de los Estados existe el consenso de que se proceda a esterilizar obligatoriamente a los enfermos mentales, previo consentimiento del tutor[621].

A este propósito son muy claras las indicaciones contenidas en el proyecto de Código Civil de la República Federal Alemana que, en el art. 1095, da algunas indicaciones para poder llevar a cabo la esterilización de los disminuidos mentales: el asistido debe ser incapaz de querer de modo duradero; tiene que existir un riesgo de embarazo si no se practica la esterilización; como consecuencia de este embarazo debe preverse un peligro para la vida o el peligro de un menoscabo grave de la salud física y psíquica de la gestante, y que no exista algún otro anticonceptivo apropiado.

La despenalización de la esterilización voluntaria está en marcha y se practica ya en Italia, como decíamos antes, después de caer en desuso el artículo 552 del Código Penal, y a pesar de que por parte de los juristas se invoque la validez vigente

---

[487]

todavía de los artículos 582-583 (lesiones personales dolosas) del Código Penal y del artículo 50 del mismo Código, así como de los artículos 2 y 32 de la Constitución[622].

Sin embargo, en la actualidad los tribunales prácticamente no pueden ya intervenir sobre la esterilización voluntaria, después de la sentencia citada del Tribunal Supremo de Casación.

La despenalización, por lo demás, permite que grupos y asociaciones hagan propaganda en favor de la esterilización y prepara el camino para la legalización propiamente dicha.

Esta es buscada como una forma eficaz de control natal, reivindicándose incluso la esterilización voluntaria actualmente como una prestación gratuita.

Es obvio que una ley semejante, encaminada a legitimar un daño real a la integridad de la persona humana y a la facultad procreadora de

---

[621] SCHMIDBAUER B., Relazione della Commissione per le petizioni sui diritti dei minorati mentali. Studio comparato sulla situazione giuridica dei minorati psichici e sull'attuazione pratica delle norme giuridiche degli Stati membri (del Parlamento Europeo), Estrasburgo 1992, en offset.

[622] Mantovani, La sterilizzazione consensúale irreuersibile..., p. 191.

la familia, ha de calificarse necesariamente como inicua objetiva y moralmente, al pervertir el orden moral.

Por esto, es deber de los ciudadanos, sean creyentes o no lo sean, el oponerse a una ley semejante por todos los medios legalmente admitidos antes de que se formule y apruebe[623].

De todos modos, en la hipótesis de que la ley lograra obtener la mayoría délos consensos habría que invocar la objeción de conciencia de los médicos y de los pa-ramédicos o colaboradores, análogamente a lo que decíamos sobre el aborto. Quien aplica esa ley comparte en conciencia su violencia e iniquidad intrínsecas. Los hospitales dependientes de la Iglesia estarán obligados, obviamente por la moral religiosa, a abstenerse y a oponerse a esta práctica.

En una eventual, y no improbable, aprobación de una ley como ésta, sería éste otro de los momentos de enfrentamiento dentro de los hospitales y en el mundo de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Aa. Vv., Scienza e origine della vita, Orizzonte Medico, Roma 1980, pp. 157-173.

—, (coord. por el CISF), II problema della sterilizzazione voluntaria, Angelí, Milán 1983.

Anónimo, In re B (a minor) (sterilization). Law report, «The Times», 1987, March 17, 35.

---

[488]

ATKINSON G.M., MORACZEWSKI A., A *moral evaluation of contraception and sterilization.*

A dialogical study, The Pope John Center, St. Louis (MO) 1979. BÒCKLE F., *Ethische Aspekte der freiwilligen operativen Sterilisation,* «Stimmen derZeit», 1974, 99, 755-760.

BOSCHI A., *Questioni morali sul matrimonio,* Marietti, Turin 1963. BRAHAMS D., *Mentally incapable adults: consent to treatment,* «The Lancet», 1987, July 25, 228.

CAFFARRA C, *Il problema morale della sterilizzazione,* «Medicina e Morale», 1979, 2, 199-208.

CARENZA L., *Aspetti clinici della sterilizzazione,* en AA. VV., *Scienza e origine della vita.* Orizzonte Medico, Roma 1980, pp. 132-156.

CESAREO V., *L'epoca dell'incertezza,* «Vita e Pensiero», 1979, 2, 36 ss.

CHAKRABORTI D., *Sterilization and the mentally handicapped,* «British Medical Journal», 1987, 294, 794.

CHIAVACCI E., *Morale della vita fisica,* Dehoniane, Bolonia 1976.

[623] Cfr. Caffarra**, II** problema della sterilizzazione..., pp. 201-206; *ClCCONE,* Non uccidere..., **pp. 352-** 359; Tettamanzi**,** La sterilizzazione anticoncezionale**,** pp. 106-110.

CICCONE L., *La sterilizzazione antiprocreativa,* en *Non uccidere.* Ares, Milán 1984, pp. 311-360.
CINQUE B., PELAGALLI M., DAINI S., DELL'ACQUA S., SPAGNOLO A.G., *Aborto ripetuto spontaneo. Aspetti scientifici e obbligazioni morali,* «Medicina e Morale», 1992, 5, 889-910.
CONCILIO VATICANO II, *Constitución Pastoral «Gaudium et Spes»,* nn. 14, 27, 49, 51, 87, en *Documentos del Vaticano II,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid [29]1975, pp. 208-292.
CONFERENCIA EPISCOPAL PORTUGUESA, *Stérilisation et insémination artificielle,* le 29.1. 1983, «La Document. Catholique», 1984, 1869, 272 ss.
Contre un project de loi sur la stérilisation obligatoire en Inde, «La DocumentationCatholique», 1976, 420-421.
COVIELLO N., *La sterilizzazione volontaria nella legislazione italiana: valutazioni giuridiche,* en AA. VV., *Il problema della sterilizzazione volontaria,* Angeli, Milán 1983, pp. 74 ss.
DE LAGRANGE E., DE LAGRANGE M.M., BEL R., *// complotto contro la vita,* Ares, Milán 1979, pp. 80-81.
DELLA MORTE E., *La sterilizzazione maschile. Aspetti medico-chirurgici,* «Rivista di Sessuologia», 1982, 2, 31 ss.
—, GIAROLA A., *l metodi chirurgici di controllo della fecondità nell'uomo e nella donna,* «Riflessi», 1981, 2, 37 ss.
DYER C, *Sterilization of mentally handicapped woman,* «British Medical Journal», 1987, 294, 825.
EPISCOPADO DE ESTADOS UNIDOS, *La stérilisation dans les hôpitaux catholiques,* le 22.3.1977, «La Document. Catholique», 1978, 1733, 46 ss.
ERMECKE G., *La sterilizzazione volontaria come problema teologico-morale e penale,* «Res Medicae» 1973, agosto-settembre, 479 ss

---

[489]
FERNÁNDEZ V.M., *La Palabra del Papa en México,* México 1979.
FONSECA A., *Sterilizzazione obbligatoria in India,* «La Civiltà Cattolica», 1976, ni, 153-162.
GARBELLI G.B., GARBELLI E., *Sterilizzazione volontaria: considerazioni di deontologia medica,* «Anime e Corpi», 1979, 3, 327 ss.
GENNARO A., *La sterilizzazione sessuale volontaria o coatta,* en *Tre giorni di teologia morale,* Turin 1950.
GILLIÉRON E., *Sterilite et relation medecin-malade,* en CAMPANA A., LUBAN-PLOZZA B., JEKER L., BALERNA M. (coord.), *La sterilità tra scienza e società,* Casagrande, Bellin-zona 1987, pp. 100-111.
GILLON R., *On sterilising severely mentally handicapped people,* «J. Med. Ethics», 1987, 13, 59-61.
GRASSI L., MARCHESI G., *Sistemi e metodi di sterilizzazione,* Tecniche Nuove, Milán 1988, p. 137.

GUZZETTI G.B., *Sterilizzazione a scopo contraccettivo,* Massimo, Milán 1981, p. 17. HARING B., *Etica medica,* Paoline, Roma 1973.
—, *Liberi e fedeli in Cristo ni,* Paoline, Roma 1980, pp. 38-46 (trad. esp., *Libertad y fidelidad en Cristo,* 3 vols., Herder, Barcelona 1983).
International Family Planning Digest, 1976, 2, p. 2.
JUAN PABLO II, *Discurso en la inauguración de la III Conferencia General del Episcopado Latinoamericano en Puebla* (28.1.1979), en FERNÁNDEZ V.M. (comp.), *La Palabra del Papa en México,* México 1979, pp. 117-137.
—, *Alocución a los Obispos de Kenia en Nairobi* (7.5.1980), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* ni, 1,-Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, pp. 1218-1226.
KEANE P.S., *Sexual morality. A catholic perspective,* Gilí and MacMillan, Dublin 1980.
KOHLL K.L., SOBRERO A.J., *Vasectomy: a case study of psychosexual and general reaction,* «Social Biology», 1973, 20, 298-302.
LIFTON R.J., *I medici nazisti,* Rizzoli, Milán 1988.
LIO E., *«Humanae Vitae» e infallibilità,* Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1986.
MACCHIARELLI L., *La sterilizzazione umana. Problemi di medicina legale,* en MANTOVANI F., *La sterilizzazione consensuale irreversibile alla luce del principio personalistico,* «Medicina e Morale», 1979, 2, 191-198.
MANTOVANI F., *La sterilizzazione consensuale irreversibile alla luce del principio personalistico,* «Medicina e Morale», 1972, 2, 191-198.
MARITAIN J., *Umanesimo integrale,* Boria, Roma 1980.
MCCARTHY D.G., BAYER E.J. (eds.), *Handbook on criticai sexual issues,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1983.
NAVARRETTA V., *La contraccezione ed i dispositivi intrauterini: meccanismi di azione ed effetti fisici,* en *Atti del Convegno su «Procreazione artificiale»,* fase. 6, Istituto Giovanni Paolo II, Pontificia Università Lateranense, Roma 1984.

---

[490]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Special program of research development and research training in human reproduction, 1917.*
PABLO VI, *Discurso a los participantes en la 25e Asamblea de la Federación Internacional Farmacéutica y en el* 35- *Congreso Internacional de Ciencias Farmacéuticas* (7.9.1974), en *Insegnamenti di Paolo VI,* XII, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1974, pp. 798-801.
—, *Encíclica «Humanae Vitae»,* (25.7.1968), nn. 14-18, en: ZALBA M. (coment.), *La regulación de la natalidad,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1968, pp. 36-44.
PAQUIN I., *Morale e Medicina,* Orizzonte Medico, Roma 1962.
PERICO G., *A difesa della vita,* Centro Studi Sociali, Milán 1965.

—, *La sterilizzazione volontaria come metodo contraccettivo,* «Aggiornamenti Sociali», 1979, 30, 195-204.

—, *La sterilizzazione a scopo contraccettivo,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992, pp. 361-372.

PESCETTO G., DE CECCO L., PECORARI D., RAGNI A., *Manuale di Ginecologia e Ostetricia,* i, SEU, Roma 1989, pp. 351-356.

PICHACHY L.T. (CONFERÉNCE EPISC. INDIENNE), *Sur la stérilisation imposée par la con-trainte* (19.3.1976), «La Documentation Catholique», 1976, 1967, 420 ss.

Pío XI, *Enciclica «Casti Connubii»* (31.12.1930), en *Colección completa de Encíclicas Pontificias 1830-1950* (coord. por las Facultades de Filosofía y Teología de San Miguel), Editorial Guadalupe, Buenos Aires, 1952, pp. 1234-1269.

Pío *XII Alcución a la Unión Italiana Médico-Biológica «San Lucas»* (12.11.1944) en *Discorsi e Radiomessaggi,* vi, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1960, pp. 181-196.

—, *A las congresistas de la Unión Católica Italiana de Comadronas* (29.10.1951), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xn, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1961, pp. 331-353.

—, *A los participantes en el «Primum Symposium Internationale Geneticae Medicae»* (7.9.1953), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xv, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 251-266.

—, *A los participantes en el XXVI Congreso de la Sociedad Italiana de Urología* (8.10.1953), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xv, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 371-379.

—, *Discurso a los participantes en el VII Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de Hematología* (12.9.1958) en *Discorsi e Radiomessaggi,* xx, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1959, pp. 341-352.

QUARELLO E., *Il problema morale della sterilizzazione umana,* en AA. VV., *Scienza e origine della vita,* Orizzonte Medico, Roma 1980, pp. 174-186.

RICHART R.M., PRAGEA DJ., *Human sterilization,* Springfield 1972.

RIQUET I., *La castration,* Lethielleux, Paris 1948.

---

[491]

Rossi L., voz *Sterilità* (y *sterilizzazione*), en *Dizionario enciclopedico di Teologia Morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 1055-1062.

SARDÓN J.P., *La stérilisation dans le monde. Apergus médicaux et le'gislatifs,* «Popula-tion», 1977, marzo-aprile, 415 ss.

SCALABRINO SPADEA M., *La tutela del malato di mente nel diritto internazionale dei diritti dell'uomo: documenti vecchi e nuovi,* «Medicina e Morale», 1992, 6, 1105-1118.

SCHMIDBAUER B., *Relazione della Commissione per le petizioni sui diritti dei minorati mentali. Studio comparato sulla situazione giuridica dei*

minorati psichici e sull'attuazione pratica delle norme giuridiche degli Stati membri (del Parlamento Europeo), Estrasburgo 1992 (en offset).

SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *La esterilización en los hospitales católicos* (13.3.1975), en *Enchiridion Vaticanum,* 5, Dehoniane, Bolonia 1979, pp. 736-741.

SGRECCIA E., *Sterilizzazione volontaria e mentalità contraccettiva,* «La Famiglia», 1979, 75, 227-240.

SÍNODO DE LOS OBISPOS, *Los deberes de la familia cristiana* (24.10.1980), Proposiciones 20-25, en *Enchiridion Vaticanum,* 7, Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 699-707.

—, *Mensaje a las familias cristianas* (25.10.1980), en *Enchiridion Vaticanum, 1,* Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 743-759.

SPIEDEL LI., RAVENHOLT R.J. (eds.), *Actas del Workshop sobre la esterilización,* San Francisco, 4.12.1977.

STOCK R.J., *Evaluation of sequelae of tubai ligation,* «Fertility and Sterility», 1978, 29, 169 ss.

TEILHARD DE CHARDIN P., *// fenomeno umano,* Il Saggiatore, Turín 1973 (trad. esp., *El fenòmeno humano,* Taurus, Madrid 1974).

TETTAMANZI D., *La sterilizzazione: problemi morali oggi,* «Rivista del Clero Italiano», 1979, 2, 115-128.

—, *Sterilizzazione anticoncezionale,* Salcom, Brezzo di Bedero 1981.

—, *La sterilizzazione antiprocreativa,* en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990, pp. 287-302.

UNITED NATIONS, *World Populations Trends and Policies,* Nueva York 1988, pp. 80 ss.

WOJTYLA K., *La visione antropologica della «Humanae Vitae»,* «Lateranum», 1978, 129 ss.

ZALBA M. (coord.), *La regulación de los nacimientos* (comentario a la «Humanae Vitae»), Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1968.

—, voz *Totalità (principio di),* en *Dizionario Enciclopedico di Teologia Morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 1141-1150.

—, *Principia ethica in crisim vocata (propter?) crisim morum,* «Periodica de re morali, canónica et litúrgica», 1982, 71, 319-357.

Zanollo A., Aspetti tecnici della sterilizzazione maschile, «Rassegna clinico-scienti-fica», 1989, 11-12, 212 ss.

---

[493]

CAPÍTULO 12
Bioética y modificación del sexo: aspectos éticos del transexualismo

Motivación y limitaciones en el tratamiento del tema

A partir de los estudios realizados por algunos centros médico-científicos sobre las formas de anomalías sexuales (hermafroditismo y transexualismo) que han practicado intervenciones médico-quirúrgicas para corregirlas, el problema de los tran-sexuales ha venido acaparando la atención de la opinión pública[624]. De tal manera que el tema ha acabado por imponerse al legislador, al tiempo que suscitaba cada vez más interés por parte del público en general y de los estudiosos de la psicología, planteando, obviamente, complejos problemas de orden moral. En Italia el problema se agudizó a raíz de la ley número 164 del 14 de abril de 1982, titulada «Normas en materia de rectificación de atribución de sexo»[625].

Esta ley prevé la modificación del art. 554 del Código Civil y autoriza a rectificar la atribución de sexo en el Registro Civil

«en virtud de sentencia firme del tri-bunal que atribuya a una persona sexo diferente del enunciado en el Acta de nacimiento como consecuencia de intervenciones modificatorias de sus caracteres sexuales (...) incluso en fuerza de la sentencia del tribunal que atribuya a una persona un sexo diverso del enunciado en el acta de nacimiento, como consecuencia de intervenciones que modifiquen sus caracteres sexuales» (art. 1).

La misma ley prevé en el art. 3:

«Cuando resulte necesario realizar una adecuación de los caracteres sexuales por medio de cirugía, el tribunal lo autorizará por sentencia. En ese caso, el tribunal

---

[494]

---

[624]El Prof. J. Money, que trabaja en la «Clínica para la identidad de género» fundada en la John Hopkins University, fue de los primeros en estudiar sistemáticamente a los individuos que presentan discordancias entre los varios componentes del sexo biológico, en especial los hermafroditas. En la misma clínica se ha ido madurando una experiencia de muchos años en el campo médico-quirúrgico Los datos de estudio obtenidos están publicados en MONEY J., EHRHARDT A.A., Essere uomo, essere donna, Feltrihelli, Milán 1980.

[625] Comenta dicha ley, también bajo el aspecto del «decurso» parlamentario, BOMPIANI A., Le norme in materia di rettificazione di sesso ed il problema del transessualismo, «Medicina e Morale», 1982, 3, pp. 238-281. Véase también LORE C, MARTINI P., Aspeífi e problemi medico-legali del transessualismo, Milán 1986.

comprueba que se ha llevado a cabo el tratamiento y dispone la rectificación...».

Por efecto de esta disposición de ley, se abre la posibilidad jurídica de llevar a cabo intervenciones de tipo médico-quirúrgico, de modo que abarquen no sólo la corrección de anomalías físicas —que revelen la presencia conjunta, en lo físico, de elementos de ambos sexos—, sino también aquellas intervenciones encaminadas a superar la discordancia entre el sexo físico (en su normalidad anatomo-fisiológica) y las tendencias psicológicas, como se verifica precisamente en los transexuales propiamente dichos. Es un hecho ya comprobado que los sujetos que se reconocen transexuales solicitan tales intervenciones y, por tanto, es obvio que se planteen problemas de índole moral y matrimonial; la citada ley, por lo demás, prevé como efecto de la «rectificación», la anulación del matrimonio precedente (art. 4) celebrado ante lo civil o con un rito religioso; con lo cual, por lo demás, hace posible solicitar un nuevo matrimonio con una persona diferente, incluso respecto del sexo.

A pesar del escaso número de personas directamente interesadas en el problema de la rectificación del sexo, y no obstante que la ley [italiana] haya sido impugnada ante el Tribunal Constitucional por una sentencia de la Corte de Casa-«ción[626], se presentan sin embargo problemas de orden moral que implican temas de amplia implicación.

Los problemas morales que se plantean como prioritarios son dos específicamente:

a) ¿Es lícito llevar a cabo una intervención médico-quirúrgica para rectificar el sexo?

b) ¿Es lícito y válido el matrimonio celebrado antes de la rectificación, así como el celebrado después de la rectificación?

Pero las implicaciones doctrinales-en el campo ético son más amplias, porque involucran temas generales, como la naturaleza de la sexualidad en relación con sus componentes biológicos, psicológicos y culturales; la relación entre naturaleza y cultura en materia de sexualidad; la concepción de la «ley natural» en relación con los aspectos biológicos y psicológicos de la persona; la fundamentación objetiva

---

[495]

[626] Respecto del texto y el comentario de esta sentencia, véase FIORI A., Sentenza della Corte di Cas-sazione sulla legitimitá costituzionale della legge 14 aprile 1982 n. 164 (Rettificazione di attribuzione di sesso), «Medicina e Morale», 1983, 3, pp. 287-298. La sentencia de la Corte Constitucional n. 134, fechada el 2 de mayo de 1985, declara, de todos modos, constitucional la ley 164/ 1982 y, por tanto, no acoge la excepción planteada. En síntesis, la Corte Constitucional ha considerado que las intervenciones de rectificación del sexo no se han de tomar por actos de disposición del propio cuerpo buscando proteger la salud {incluso psíquica); y que, por consiguiente, se han de considerar lícitas. (El texto de la Sentencia de la Corte Constitucional lo reproduce LORÉ, MARTINI, Aspetti e problemi..., pp. 151-166).

de la norma ética, etcétera. De tal modo que se ve implicada toda la vision de la antropologia filosofica y teológica.

Este estudio quiere ser una aportación de alcance limitado, que, manteniéndose en el ámbito de la ética, trata de aclarar sobre todo la primera de las dos cuestiones anteriormente enunciadas, esto es, la licitud o no de la intervención para cambiar físicamente el sexo; aunque no dejaremos de tomar en consideración también la segunda cuestión referente al matrimonio entre las personas transexuales.

En los últimos años el tema ha sido abordado por los moralistas y existe ya una cierta literatura al respecto[627].

Por lo que se refiere a los pronunciamientos del Magisterio, éstos no se han hecho para este tema específicamente, por lo que nos habremos de referir solamente a los enunciados de carácter general sobre la sexualidad humana, y esto es lo que haremos en el curso de nuestra exposición.

Definición del transexualismo en el marco de las anomalías sexuales

Sin pretender exponer exhaustivamente la fisiopatologia de la sexualidad, es necesario, no obstante, recordar algunas nociones y hacer algunas distinciones, para poder comprender el problema moral[628].

Desde el punto de vista científico-médico, se habla de:

a) sexo cromosomico: está especificado por la presencia o ausencia del cromosoma y en el patrimonio genético de

---

[627] Sobre el tema, véase: SPINSANTI S., Problemi antropologico-morali dell'identità sessuale, «Medicina e Morale», 1982, 3, pp. 225-237. El artículo está influido por un enfoque predominantemente psicológico y se refiere a las investigaciones de Money; en el terreno moral las conclusiones siguen abiertas a la discusión. En el mismo número de «Medicina e Morale», la presentación de FIORI A. y SGRECCIA E. adopta una posición con una orientación no coincidente, pp. 223-224. Citamos también el artículo de BOIARDI G., Sessualità maschile e femmminile..., que aborda el tema sólo en sus premisas generales.

Los artículos de BOMPIANI y FIORI, referidos en las anteriores notas 2 y 3, aunque de naturaleza jurídica y médico-legal, contienen observaciones de carácter ético y señalan supuestos simples de relevancia moral. Notable por la amplitud del tratamiento es el libro de CASTAGNET F, Sexe de l'áme... El autor dedica un capítulo en especial a los problemas éticos y jurídicos del transexualismo (pp. 101-112). Es obligado citar también el artículo de PERICO G., I I fenomeno della transessualità: rilievi clinici, giuridici e morali, «Documenti», Milán, marzo-aprile 1992, pp. 54-62. El autor se muestra sustancialmente favorable a la intervención quirúrgica correctiva. Véase, además, CAFFARRA C, II transessualismo: aspetti etici, «Medicina e Morale», 1985, 4, pp. 717-723; Cozzou M., II problema etico del transessualismo, «Medicina e Morale», 1986, 2, pp. 806-813; SPRINGER R.H., Transexual surgery: some reflections on the moral issues involued, en SHELP E.E.(ed.), Sexuality and medicine: ethical viewpoint in transition, Dordrecht 1987, pp. 233-248.

[628] DE MARINIS L., BARBARINO A., SERRA A., Biologia della differenziazione sessuale; GIUFFRÈ L. et al., La differenziazione sessuale e le sue anomalie, «Gin. Inf. Adol.«, 1988, 2, pp. 122 ss.

la célula embrionaria o del individuo; individuos que tienen un y con uno o más X, son varones; los que carecen de y son genéticamente hembras. Este hecho es el resultado objetivo

---

[496]

de la fecundación. Se discute si los padres podrían escoger el sexo del futuro hijo (lo cual sería también un problema ético, además de técnico-médico); pero lo cierto es que para el individuo que nace no hay elección posible del sexo genético. Además, está científica y objetivamente comprobado que el sexo genético es el que determina a los otros componentes biológicos del sexo.

«El sexo nace antes que nosotros. Hemos sido varones o hembras el día de la concepción y lo hemos sido de manera irreversible. El desarrollo hormonal, la centralización neurològica, la periodicidad fisiológica y la configuración morfológica de nuestra sexualidad no son otra cosa que fenómenos subsecuentes, pero también consecutivos al fenómeno de la determinación genética del sexo»[629];

b) sexo gonadal: está basado en las características histológicas de las gónadas; el varón posee tejido testicular, la mujer posee tejido ovárico. El crecimiento y la diferenciación de las glándulas sexuales sobrevienen gradualmente, sobre una base de tejidos diferentes bajo la influencia de genes encargados del mecanismo de diferenciación gonádica en sentido masculino o femenino[630];

c) sexo embrionario (o vías genitales): el conducto de Müller es propio de la mujer, el conducto de Wolff es propio del varón[631].

---

[629] BOIARDI, Sessualità maschile..., p. 19.

[630] CÌCCARESE S., ORSINI G., MASARI S. et al., Free H.Y. antigen induces in vitro testicular differentia-tion of human XX embryonic indifferent gonads, «Cell. Differ.», 1983, 12, pp. 185 ss.

[631] Las gónadas adquieren caracteres morfológicos masculinos o femeninos sólo hasta la 7* semana del desarrollo embrionario.

La primera manifestación de las gónadas se aprecia en el embrión de cuatro semanas de edad, con las crestas gonadales o pliegues genitales. Las células germinativas sólo aparecen en éstos hasta la 6-semana. En caso de queno lleguen a ellos, las gónadas no se desarrollarán

Posteriormente, estas células germinativas formarán los cordones sexuales primitivos, que en esta etapa del desarrollo no se pueden diferenciar morfológicamente, para la hembra y para el varón.

En la 6^A semana de vida intrauterina, los embriones masculinos y femeninos tienen dos pares de conductos genitales: a} los conductos mesonéfricos o de Wolff; b) los conductos paramesonéfricos o de Müller. Si el embrión es masculino, el conducto de Wolff tonnara el conducto deferente, y el de Müller tenderá a desaparecer en la 8^S semana. Si el embrión es femenino, el conducto de Müller se desarrollará formando el oviducto del útero, y el de Wolff involucionará.

De forma similar, los genitales extemos tendrán también un periodo indeferenciado. En la 3* semana se formarán los pliegues cloacales, que se unirán formando el tubérculo genital. En la 6^S semana aparecen las prominencias genitales,

[497]

d) sexo fenotípico o genital: está determinado por las características que aparecen a nivel de los genitales externos. Basándose en este nivel de referencia es como en el nacimiento se hace la atribución civil y social del sexo[632].

El desarrollo sucesivo lleva en la pubertad y en la madurez al crecimiento del organismo sexual interno y externo según las características propias de cada uno de los dos sexos.

En la sexualidad física normal se da una armonía y concordancia entre los componentes citados; pero existen anomalías que determinan un estado de inter-sexualidad si hay discordancia entre los caracteres genéticos, gonádicos, embrionarios y fenotípicos del sexo. Las anomalías pueden ser las siguientes:

a) pseudohermafroditismo: hay discordancia entre los caracteres fenotípicos o genitales, los gonádicos y los cromosómicos, pudiéndose verificar en dos situaciones:

– en el pseudohermafroditismo femenino: los genitales son masculinos (más o menos diferenciados) mientras las gónadas y el patrimonio cromo-sómico son femeninos, como ocurre, por ejemplo, en el síndrome adrenogenital congénito;

– en el pseudohermafroditismo masculino: los genitales son femeninos, pero las gónadas y el patrimonio cromosómico son masculinos, presentando incluso testículos (síndrome de Morris o de feminización testicular);

b) hermafroditismo verdadero (muy raro), en el que se presentan tejidos ováricos y testiculares al mismo tiempo. También en este caso se pueden dar dos tipos de cuadro clínico; el caso general es aquel que presenta un feno-tipo predominantemente masculino, aunque con genitales externos rudimentarios, a veces con la concomitancia de

---

que en etapas posteriores se diferenciarán para el varón en los pliegues escrotales, y para la mujer en los labios mayores.

El desarrollo posterior de los genitales extemos masculinos se caracteriza por el alargamiento del tubérculo genital, que además tendrá el surco uretral. Los pliegues escrotales están inicialmente situados en la región inguinal y se desplazarán para unirse. Hacia el final del 2[2] mes, el testículo está unido a la pared abdominal por el repliegue urogenital. Y al comenzar el 7[2] mes descenderá por el conducto inguinal hasta llegar al pliegue escrotal.

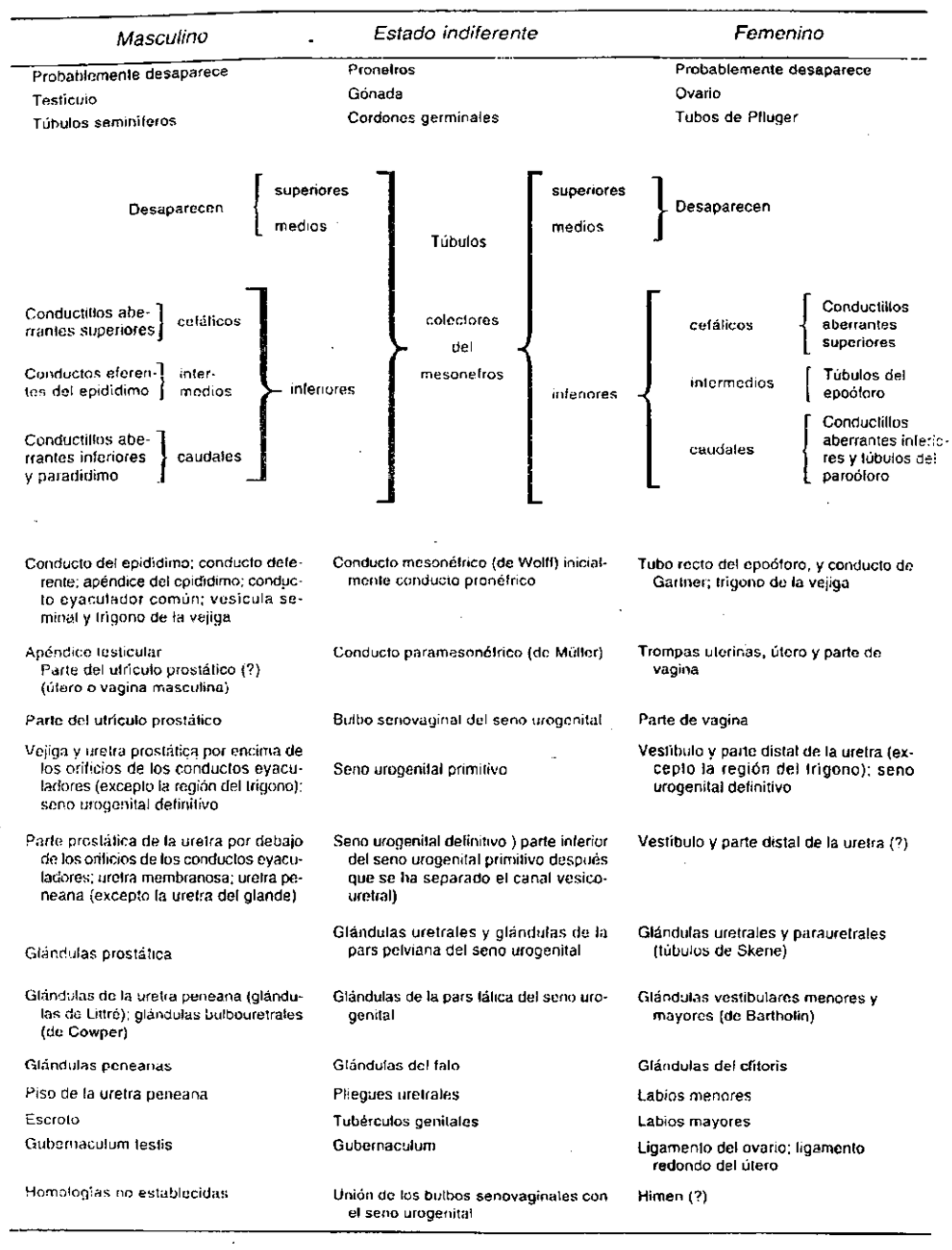
En la mujer, la modificación de los genitales extemos es menos notable que en el varón. El tubérculo genital se alarga un poco y forma el clítoris. Los pliegues uretrales no se fusionan sino que se con-vierten en los labios menores. Las prominencias genitales crecen y originan los labios mayores. El surco urogenital queda abierto y forma el vestíbulo. Tomado de LANGMAN J., Embriología médica, Interamericana, México 1976, pp. 159-172). Véase también SALAMANCA F., Ciíogenéí/ca humana, Edit. Médica Panamericana, México 1988, pp. 112-115. (Nota de la R.T.).

[632] Sobre la anatomía de los aparatos genitales masculino y femenino y su desarrollo puberal, véase: BELLONE F., BRUÑÍ V., Ginecología dell'infanzia e della adolescenza, Roma 1989; FABBRINI A., SAN-TIEMMA V. et al., Andrologia, Milán 1985; LARIZZA P. (ed.), Manuale di medicina interna, Padua 1979, in, pp. 418-420 y 481-485.

«menstruaciones» después de la pubertad bajo forma de hematurias, debidas a la presencia de un útero rudimentario[633].

[499]

[633] para la descripción de los diversos cuadros de ¡ntersexualidad, véase: Di PIETRO M.L., Modificazione e rettificazione del sesso: analisi degli aspettí medici, en ZAGGIA (coord.), Progresso biomedico e diritto matrimoniόle canónico.



CUADRO 4. **Homologías del desarrollo de los aparatos genitales masculino y femenino**

Masculino	*Estado indiferente*	*Femenino*
Probablemente desaparece	Pronefros	Probablemente desaparece
Testículo	Gónada	Ovario
Túbulos seminíferos	Cordones germinales	Tubos de Pfluger
Desaparecen: superiores, medios	Túbulos: superiores, medios	Desaparecen
Conductillos aberrantes superiores: cefálicos (inferiores)	Túbulos colectores del mesonefros: inferiores	cefálicos: Conductillos aberrantes superiores
Conductos eferentes del epidídimo: intermedios (inferiores)		intermedios: Túbulos del epoóforo
Conductillos aberrantes inferiores y paradídimo: caudales (inferiores)		caudales: Conductillos aberrantes inferiores y túbulos del paroóforo
Conducto del epidídimo; conducto deferente; apéndice del epidídimo; conducto eyaculador común; vesícula seminal y trígono de la vejiga	Conducto mesonéfrico (de Wolff) inicialmente conducto pronéfrico	Tubo recto del epoóforo, y conducto de Gartner; trígono de la vejiga
Apéndice testicular Parte del utrículo prostático (?) (útero o vagina masculina)	Conducto paramesonéfrico (de Müller)	Trompas uterinas, útero y parte de vagina
Parte del utrículo prostático	Bulbo senovaginal del seno urogenital	Parte de vagina
Vejiga y uretra prostática por encima de los orificios de los conductos eyaculadores (excepto la región del trígono): seno urogenital definitivo	Seno urogenital primitivo	Vestíbulo y parte distal de la uretra (excepto la región del trígono): seno urogenital definitivo
Parte prostática de la uretra por debajo de los orificios de los conductos eyaculadores; uretra membranosa; uretra peneana (excepto la uretra del glande)	Seno urogenital definitivo) parte inferior del seno urogenital primitivo después que se ha separado el canal vesicouretral)	Vestíbulo y parte distal de la uretra (?)
Glándulas prostática	Glándulas uretrales y glándulas de la pars pelviana del seno urogenital	Glándulas uretrales y parauretrales (túbulos de Skene)
Glándulas de la uretra peneana (glándulas de Littré); glándulas bulbouretrales (de Cowper)	Glándulas de la pars fálica del seno urogenital	Glándulas vestibulares menores y mayores (de Bartholin)
Glándulas peneanas	Glándulas del falo	Glándulas del clítoris
Piso de la uretra peneana	Pliegues uretrales	Labios menores
Escroto	Tubérculos genitales	Labios mayores
Gubernaculum testis	Gubernaculum	Ligamento del ovario; ligamento redondo del útero
Homologías no establecidas	Unión de los bulbos senovaginales con el seno urogenital	Himen (?)

FUENTE: LAGMAN J., *Embriología médica*, Interamericana, México 1976, pp. 447)

Algunos trastornos están vinculados también a defectos genéticos: por ejemplo, el síndrome de Klinefelter se debe a la presencia de 47 cromosomas con fórmula XXY o bien con mosaicismo XX-XY, en el que el sujeto presenta genitales externos normalmente desarrollados en sentido masculino, o hipoplásicos con una oligo o azoospermia asociada. El síndrome de Turner, en cambio, se debe a la presencia de 45 cromosomas (falta el X), con fenotipo femenino y ausencia de ovarios fértiles.

Estas diversas formas de anomalía que se refieren a los componentes físicos del sexo y que están comprendidas también en la

legislación concerniente a la rectificación de sexo, no configuran lo que se define como transexualismo auténtico.

El transexualismo se define como el conflicto entre el sexo físico «normal», en sus componentes antes citados, y la tendencia psicológica que se experimenta en sentido opuesto. Casi en la totalidad de los casos se trata de sujetos de sexo físico masculino que psicológicamente se sienten mujeres y que tienden a identificarse con el sexo femenino. Son muy raros los casos en sentido inverso, es decir, los sujetos físicamente mujeres que pretenden volverse hombres.

Origen e irreversibilidad del transexualismo

El transexualismo se presenta como un síndrome en el cual existe una «pulsión» psicológica, aparentemente primaria (o surgida, en todo caso, en las primeras etapas de la vida), de pertenecer al sexo opuesto al genético; pulsión que se acompaña de un comportamiento psico-sexual de tipo enteramente opuesto al previsto por el sexo anatómico, y que se asocia al deseo obsesivo de «liberarse» de los atributos genitales propios para adquirir los del sexo opuesto. Cuando esta «pulsión» viene de tiempo atrás y está profundamente madurada, se tiene un estadio de «irreversibilidad» que induce al sujeto a solicitar una intervención quirúrgica plástica; evidentemente, esto es más fácil y da resultados estético-funcionales apreciables, cuando el varón se «corrige», adoptando los genitales externos de mujer; es mucho menos fácil y válido cuando se da en dirección opuesta[634].

Para precisar mejor esta anomalía es conveniente distinguirla también de otras dos formas, que tienen igualmente una raíz psicológica: la homosexualidad y el trans-vestismo.

En la homosexualidad los aspectos físicos del sexo no son sentidos de modo ambiguo y conflictivo; son usados para la satisfacción erótica depositada en el sujeto del mismo sexo. El homosexual no desea cambiar de sexo, sino, simplemente, tener relaciones sexuales con sujetos del mismo sexo.

El transvestismo es un síndrome en el cual no hay un deseo profundo de cambiar de sexo, sino que simplemente se ha instaurado una necesidad psíquica de

---

[500]

vestirse con ropa del otro sexo, como condición necesaria para alcanzar la excitación sexual; se busca la relación sexual con sujetos del sexo opuesto.

En el segundo volumen del presente Manual de Bioética trataremos estas dos últimas anomalías (homosexualidad y

[634] BOMPIANI, Le norme..., p. 259.

transvestismo); aquí sólo aludimos a ellas para marcar las diferencias y configurar mejor el síndrome del transexualismo.

Hay que hacer otra ulterior observación preliminar respecto del transexualismo, y es la relacionada con su etiología y reversibilidad.

«Desde que esta condición fue propiamente identificada entre las otras del comportamiento genital anómalo (Claudwell, 1949; Benjamín y otros, 1966), se viene discutiendo sobre el origen "orgánico" o "sociopsicológico" del transexualismo»[635].

El eventual componente orgánico habría que atribuirlo a carencias endocrinas y a mecanismos neuro-hormonales (Feldmann, Macllough, Dorner, Ficher).

«La mayoría de los autores sostiene, en cambio, el origen socio-psicogénico del transexualismo: serían los estímulos extrínsecos, provenientes del ambiente social y familiar en el que vive el paciente, los que determinan, por su precocidad y absoluta persistencia, la orientación sexual del transexual»[636].

La génesis de esta anomalía se debería a un proceso de identificación del niño con la madre y la hermana (hiperprotectoras y posesivas) en ausencia de una figura paterna consistente, proceso desarrollado hasta el punto de inducir el impulso de volverse mujer[637]. La teoría, además de tener de muchos adeptos (Tesson, Guhel, Goldrach, Green, etcétera) «estaría apoyada por una profunda investigación de muchísimos casos». El profesor Ancona reduce a una ambas hipótesis, afirmando:

«En realidad, incluso las formas de origen llamado orgánico pueden ser tales por efecto de un imprinfing muy remoto, efectuado por razones tanto de carácter hormonal como de carácter psico-emotivo durante el periodo crítico de la diferenciación en sentido sexual del cerebro»[638].

Esto quiere decir que el imprinting podría tener un origen psico-social y podríain-corporar factores neuro-hormonales.

La edad en que se instaura la anomalía, en una y otra hipótesis, se remontaría a los primerísimos tiempos de la infancia (1-2 años).

---

[501]

La relevancia ética de esta diferencia de origen estribaría en el hecho de que el eventual origen orgánico de las anomalías justificaría

---

[635] Ibi, p. 260.

[636]Ibi, pp. 260-261; CASTAGNET, Sexe de l'áme..., p. 102; el autor se inclina a defender el origen psicológico del transexualismo por ausencia de la figura paterna y la prolongada identificación con la madre, no sintonizada a su vez psicológicamente con el marido.

[637] CARUSO A., I I cambiamento di sesso: orientamenti giurisprudenziali e dottrinali, «11 Diritto di Famiglia e delle Persone», 1978, 7, pp. 688-712; MARCHETU M., Aspetü psichiatrici e psicologici del transessualismo, «Medicina e Morale», 1984, 2, pp. 176 ss.

[638] Juicio que aparece en el artículo de BOMPIANI, Le norme..., p. 262.

mayormente, según algunos, la solicitud de intervención correctiva mediante terapia médico -quirúrgica; mientras que el origen psico-social comportaría, consiguientemente, la legitimidad y la necesidad sólo de una terapia psicológica, suponiendo que ésta fuera eficaz.

Acerca de la irreversibilidad de la anomalía parece darse una concordancia —suficiente, aunque no definitiva— entre los autores: en su gran mayoría consideran que la anomalía no es reversible en el sentido de que sea posible armonizar la psique con la configuración del sexo fenotípico; en este punto parecen estar de acuerdo tanto los defensores del origen orgánico como los que afirman el origen psico-social.

En cuanto a la irreversibilidad del trastorno, el transexualismo es equiparado a la homosexualidad plenamente desarrollada. Sin embargo, esta afirmación de irreversibilidad a algunos no les parece plenamente comprobada en la hipótesis del origen psico-social del trastorno. L. Ancona afirma al respecto:

«Lo que parece deducirse de la literatura analítica es más bien el hecho de que incluso algunas formas de homosexualidad plenamente desarrolladas (y que pueden extenderse luego al transexualismo pasando por el transvestismo), si por alguna razón contingente —por ejemplo, una impotencia— son tratadas con un análisis apropiado, pueden experimentar también una evolución; y esto, porque habiéndolas determinado una experiencia ambiental, pueden ser nuevamente dinamizadas por una experiencia ambiental diferente»[639].

Sin embargo, el mismo Bompiani, aunque se inclina a apoyar la opinión de la irreversibilidad del trastorno psíquico tanto por vía hormonal como mediante una psicoterapia profunda —dado que «las estructuras hipotálamicas están ya fijas en su funcionamiento trastornado y no se pueden recuperan»; y además, porque, a diferencia de lo que ocurre en el homosexual, la pulsión-tendencia del transexual se dirige no a la recuperación de su propio sexo anatómico sino a su supresión—, afirma que:

«probablemente se podría obtener algún resultado si se aplicara la psicoterapia en una época sumamente temprana. Pero tal experiencia no se ha llevado a cabo todavía»[640].

Las dudas acerca de la incurabilidad del aspecto psíquico se plantearon incluso en el Parlamento italiano, al no acoger la propuesta de ley hecha por iniciativa de los senadores Rosi y otros más, la cual preveía que, antes de que el tribunal autorizara las intervenciones médico-quirúrgicas, se procediera a una psicoterapia durante un año por lo menos.

[502]

Esta discusión no es irrelevante desde el punto de vista ético, pues es evidente que si se pudiera experimentar una terapia psicoanalítica

[639] Ibidem.

[640] Ibidem., p.264.

dirigida a recomponer la armonía entre sexo psíquico y sexo anatómico, de ningún modo estaría justificada la intervención médico-quirúrgica de transformación del sexo anatómico para adaptarlo al psíquico.

Pero el punto que éticamente parece que se debe poner adecuadamente de relieve es el siguiente: parece comprobado científicamente que la ejecución de la intervención médico-quirúrgica no supera la conflictividad anterior; y que tampoco restaura la armonía con el nuevo sexo, sino que incluso parece agravar la sensación de frustración:

«Al tratar de evaluar las consecuencias de las intervenciones, hay que considerar ante todo con realismo que incluso la operación más perfecta no realiza nunca un auténtico cambio de sexo. La persistencia de la próstata y de las vesículas seminales en el varón transexual, así como la imposibilidad de llevar a cabo una cópula fisiológica con el pene artificial en la transexual femenina, no permiten hablar de genitales femeninos y masculinos respectivamente.

La pseudovagina es sólo un simulacro de órgano femenino, aunque se adapte a la cópula, lo cual vale más todavía para el pene artificial; de manera que por más argumentos que se aduzcan, no se puede sostener que el sexo haya cambiado desde el punto de vista anatómico.

Más aún, como se ha comprobado, se tendrán sujetos más anormales que antes. En realidad, mientras que antes de la intervención el contraste se limitaba a la disociación entre soma y psique, esto se complica después de la intervención, al darse en el mismo soma un contraste entre elementos de un sexo (genitales extemos adaptados) y los del otro sexo (cromosómico y hasta hormonal). Todo ello —al margen de los aspectos legales— no deja de tener repercusiones en la vida del transexual. Efectivamente, a partir de los estudios llevados a cabo, ha quedado claro que la intervención quirúrgica no siempre satisface las expectativas del transexual. Difícilmente se consigue la inserción total del sujeto en el contexto social, también y sobre todo, por la dificultad de resolver los problemas sexuales, al rechazar la pareja frecuentemente esta situación; y este es un elemento que crea ulteriores frustraciones. De tal manera que, luego, en algunos casos se llega a reconsiderar la intervención...»[641].

En el mismo sentido se expresa la motivación de la sentencia de la Corte de Casación, que devuelve al Tribunal Constitucional la citada ley italiana 164 del 14 de abril de 1982:

«Tales intervenciones, que buscan a menudo eliminar la disociación entre soma y psique, acaban por complicar aún más la anormalidad del sujeto, determinando en el soma mismo un contraste

---

[641] Bompiani refiere así el parecer de CARUSO A , ibi, pp. 265-266.

entre los elementos de un sexo (el de los genitales externos) y los del otro sexo (cromosómico e incluso hormonal)»[642].

[503]

Con la sentencia n. 134 del 2 de mayo de 1985, el Tribunal Constitucional [italiano] confirmó, sin embargo, la constitucionalidad de la ley. Aunque, obviamente, subsiste la perplejidad desde el punto de vista moral.

Por otra parte, la experiencia misma llevada a cabo en la John Hopkins Uni-versity (referida en una carta a la revista «Science», n. 205, del 21 de septiembre de 1979) está matizada por la duda, al haberse demostrado que en todos los pacientes, merced solamente a una ayuda médico-psicológica calificada, se advertía una mejoría incluso antes de que los sujetos fueran intervenidos quirúrgicamente. Basándose en esta conclusión, poco tiempo después de publicarse los resultados se clausuró la «Clínica para la identidad de género» en donde se llevaban a cabo tales intervenciones[643].

Estas comprobaciones objetivas de la situación subsiguiente a las intervenciones repercuten, a nuestro juicio, de forma determinante en la licitud moral de las intervenciones mismas. Y es precisamente éste el primer aspecto que hay que aclarar desde el punto de vista moral.

Licitud de la intervención médico-quirúrgica para la rectificación del sexo

En los casos de ambigüedad sexual

Pretendemos hablar preferentemente del transexual auténtico, porque el problema es bastante simple cuando se trata de sujetos que revelan formas de anomalías y ambigüedades en el plano físico por la presencia simultánea de elementos anatómicos de ambos sexos (hermafroditismo y pseudohermafroditismo). En este caso la intervención quirúrgica nunca ha planteado problemas morales serios; sin embargo, no parece inoportuno hacer algunas acotaciones también sobre esta casuística, porque la legislación, como en el caso de la citada ley italiana, considera este caso vinculándolo con el transexualismo.

En la gran diversidad de los casos se pueden dar variadas situaciones. Está ante todo la de aquellos sujetos que presentan discordancia sólo entre los caracteres sexuales externos y los internos (pseudohermafroditismo). En otros casos, la conformación misma de los caracteres externos es ambigua. Además, se puede dar el caso de que la

[642] FIORI, Sentenza della Corte..., p. 297.

[643] Una reseña crítica de diversas investigaciones médico-experimentales que refieren el decurso postoperatorio a largo plazo de transexuales «reasignados» quirúrgicamente, se encuentra en ABRAMOWTTZ S.I., Psychosocial outcomes of sex reassignement surgery, «J. Consult. Clin. Psychol.», 1986, 54, pp. 183-189. Se puede ver una amplia síntesis de ello en «Medicina e Morale», 1987, 3, pp. 543-546.

falta de armonía entre los elementos externos (por ejemplo, los femeninos) y los internos (caracteres cromosómicos y gonádicos con presencia de testículo oculto) no sea advertida por el sujeto, el cual tiene por esto un sexo social

---

[504]
definido y un comportamiento sexual normal desde el punto de vista de la posibilidad de copular; en otros casos, en cambio, la anomalía puede ser advertida por el sujeto (presencia de hematurias en un sujeto de sexo masculino que llegan a configurarse como menstruaciones) y determinar, de esta manera, estados de ansiedad y la consiguiente solicitud de una corrección.

Desde el punto de vista moral nos preguntamos: ¿en qué dirección se debe mover la intervención médica en estos casos? ¿Es conveniente intervenir, cuando la anomalía no es conocida por el sujeto, quien incluso podría haberse casado? En este caso, nos parece que pueden ofrecerse las siguientes directrices de orden ético-deontológico:

a) en caso de que la conformación externa esté suficientemente definida (la disonancia se da simplemente con el sexo gonádico cromosómico) y, además, el sujeto interesado haya persistido en su ignorancia, si tal discordancia llegara a hacerse evidente para el médico o el especialista, se está moralmente obligado a mantenerla oculta, al no ser fácil de corregir y al poder acarrear turbación al sujeto y a la pareja casada. Y esto resulta tanto más obligado cuanto que la vida de relación sexual y social en estos sujetos es normal y la infertilidad no constituye un problema ni en el plano psicológico ni en el matrimonial, o por lo menos no representa un problema mayor que en otras formas de esterilidad masculina o femenina.

De hecho, se dan casos en los que por una intervención quirúrgica de otra índole, se evidencia en la mujer la presencia de gónadas masculinas intrapélvicas en diversos grados de desarrollo: para evitar que la situación degenere, éstas son extirpadas sin que sea necesario ni oportuno advertir a la mujer o a la pareja de la anomalía, si el sujeto no ha tenido otras dificultades de identificación de sexo y de relación sexual;

b) en el caso, o en los casos, en que la ambigüedad se advirtiera incluso en los genitales externos, y esta situación provocase un estado de ansiedad en los padres; si se solicitara la intervención, ésta debería estar orientada, a nuestro juicio, según las siguientes instancias éticas:

1. La «practicabilidad» médico-quirúrgica-, es decir, se necesita practicar aquella intervención que pueda tener más éxito desde el punto de vista técnico para proporcionar un sexo externo definido. Este es también el criterio de orientación seguido por los médicos[644]. Puesto que

[644] BOMPIANI, Le norme..., p. 257.

estas anomalías se ponen de manifiesto ya en el nacimiento o en los primeros meses de vida, la intervención puede posibilitar una adecuación que evite al sujeto conflictos posteriores.

[505]

«Por esta razón, va difundiéndose la tendencia a aconsejar, cuando en el nacimiento se evidencia una ambigüedad genital, que se declare el sexo femenino para permitir luego una crianza en sentido femenino, con una finalidad y en proporción con la reparación plástica que habrá de efectuarse más adelante»[645].

El escoger en sentido femenino se debe al hecho de que

«es muy difícil la reconstrucción de un pequeño pene hipospádico en un órgano completo, capaz de funcionar en el coito; mientras que es más fácil la creación de una vagina de fondo ciego y la clitoridectomía, que permitan un comportamiento sexual de tipo femenino»[646].

2. De todos modos, nos parece que este criterio no debe tomarse por sí solo y en sentido absoluto, sino en concomitancia con otros datos y elementos; esto es: que se trate de una verdadera ambigüedad externa y que el sexo reconstruido llegue a coincidir ¡o más posible con otros elementos y componentes del sexo físico. En otras palabras, el criterio de lo que es más fácil se ha de compaginar, si ello es posible, con el criterio de obtener la mayor armonía y concordancia entre caracteres externos y caracteres internos de la sexualidad. Esto es, no se debe tratar de una ulterior disonancia entre el sexo anatómico externo y el sexo anatómico interno (gonádico y cromosómico), caso en el cual se empeoraría objetivamente la situación.

3. La posibilidad de realizar el acto conyugal con el otro sexo-, la finalidad del sexo es la de expresar la comunión de las personas mediante la unión conyugal, y ésta es también la condición para que el matrimonio sea válido, que debe hacerse accesible, en la mejor forma técnica y médicamente posible;

4. El intentar, cuando sea posible, lograr también la fertilidad como consecuencia tanto del acto conyugal como de la armonización entre los elementos físicos externos y los elementos biológicos internos del sexo correcto o reintegrado. Por más que la fertilidad no sea elemento necesario para la validez y licitud de la vida sexual de una pareja, sin embargo, cuando se pueda recuperar, hay que buscarla como un bien propio de la misma pareja.

En el caso del transexualismo verdadero

En este caso las dificultades éticas son más graves. Los que sostienen la licitud de la intervención quirúrgica para adecuar el sexo

[645] Ibidem.
[646] Ibidem.

físico al psíquico, basan sus razones fundamentalmente en las siguientes motivaciones y situaciones de hecho:

[506]

2 la situación psicológica es irreversible; por consiguiente, no queda más que experimentar la terapia quirúrgica, esto es, la corrección física[647].

2. Se debe optar por buscar la armonía de la persona considerando esencial y prioritario el componente psicológico, el cual, en este caso, tiende de manera consciente e irreversible hacia la corrección del sexo físico[648]. El principio de totalidad se construiría en tomo al componente psicológico y a la opción psicológica.

3. La razón —que, aunque no se confiesa abiertamente, se sobreentiende tras de todas las demás y prevalece en el momento cultural actual— es la de la reivindicación de la libertad en materia de sexo, análogamente a cuanto ocurre en el caso del aborto, de la esterilización, de la manipulación genética o de la fertilización in vitro: en todos estos casos se reivindica el do-minio del sujeto sobre su «propia» corporeidad y también sobre la vida física en general.

Al responder a estas razones, vamos a exponer también nuestro parecer que es —digámoslo inmediatamente— negativo en relación con el problema planteado, de si es lícita o no la intervención quirúrgica para cambiar el sexo en el sujeto transexual.

Respondamos, por tanto, a las razones citadas del modo más completo y breve posible:

a) La licitud de la terapia quirúrgica no se puede defender aduciendo como razón simplemente la irreversibilidad del trastorno psíquico. Admitamos que sea una irreversibilidad comprobada (por más-que todavía no se haya investigado en profundidad, y que algunos autores consideren que es posible recurrir —como para los homosexuales— a los métodos psicoanalíticos con cierto resultado, como decíamos antes): tenemos que decir que el concepto de imprinting

[647]SPINSANTI, Problemi antropologico-morali... Aunque no se pronuncia en favor de la licitud de la intervención, sino que lo propone como hipótesis de estudio, pone de relieve las razones a favor, basándolas sobre todo en este argumento. Favorables plenamente a la intervención son CASTAGNET, Sexe de l'áme..., p. 108 y PERICO G., La transsesualitá, en Problemi di etica sanitaria, pp. 373-389.

[648]Razón referida como de debate doctrinal y en el artículo de BOMPIANI, Le norme..., pp. 262-263. La importancia del elemento psicológico la subraya CASTAGNET, siguiendo los numerosos trabajos del sexólogo R. STOLLER, hasta hablar de «pertenencia al género femenino» del transexual varón y viceversa, y rechazar la expresión «cambio de sexo» cuando se trata de transexuales, por la de adecuación del sexo al género. El libro tiene un enfoque psicológico de derivación freudiana.

hipotalámico habría sido superado por recientes investigaciones científicas en el mono y en el hombre[649].

[507]

Tomemos como hipótesis que se trata de una irreversibilidad comprobada. El principio moral de la «terapeuticidad» exige unas condiciones precisas para que se pueda aplicar lícitamente, a saber: que la intervención tenga un cierto porcentaje de éxito; que la intervención sea verdaderamente terapéutica en el sentido de que esté dirigida al bien de todo el físico eliminando una parte enferma; que la intervención remedie una situación actual no curable de otra manera, y que respete el bien superior y moral de la persona. Ahora bien, estas condiciones en nuestro caso no se verifican ni simultáneamente (como se requiere desde el punto de vista moral) ni en los casos específicos.

Hay que recordar que desde el punto de vista técnico, de demolición y reconstrucción, este tratamiento de «rectificación de sexo» se efectúa en el transexual normalmente en varias fases sucesivas; ante todo se procede a una terapia hormonal que influirá en algunos caracteres externos de la sexualidad (configuración externa de las mamas); a continuación se practica una psicoterapia que predispondrá a la feminización (caso más frecuente) acompañándola con el cambio de atuendo correspondiente al sexo nuevo, y finalmente se practica la intervención reconstructiva de los órganos genitales externos. La intervención tiene un aparente éxito en el caso más frecuente, que es el de la feminización del transexual varón. Esta última fase comporta la mutilación de los genitales masculinos, la castración, la esterilización y la privación de una auténtica función copulativa además de procreativa[650].

Ahora bien, se entiende que, como decíamos antes, con fines de hacer un «cambio», la intervención sobre el físico no adecúa el sexo al que se desea, sino que más bien introduce una nueva disonancia en lo físico entre los elementos cromosómicos y gonádicos, y los órganos exteriores; éstos carecen de plena inervación «propioceptiva» y persisten como prótesis artificiales y no como órganos de sentido y expresión emotiva y funcional.

Tampoco se elimina el aspecto psicológico, como todos reconocen, porque aumentan los trastornos; y los sujetos que anteriormente tenían una fijación hacia la solución del conflicto, cuando ésta no se logra —sea

[649] BARBARINO A., DE MARINIS L, Estrogen induction of luteinizing hormone reléase in castrated adult human males, ¡Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism», 1980, 51, pp. 280-286; BARBARINO A., DE MARINIS L., MANCINI A., Estradiol modulation of basal and gonadotropín-releasing hormoninduced gonadotropin reléase in intact and castrated man, «Neuroendocrinology», 1983, 36, pp. 105-111; BARBARINO A., DE MARINIS L., Basi biologiche sul concetto di «imprinting» ipotalamoipofisiario, «Medicina e Morale», 1984, 2, pp. 166-171.

[650] La técnica se describe sumariamente en el libro de CASTAGNET, Sexe de l'áme.., pp. 110-112.

porque la adecuación física no es «sentida» como satisfactoria, o por la repulsa de la eventual pareja—, a menudo acaban en el suicidio[651].

Por consiguiente, la intervención quirúrgica resulta moralmente injustificada y, por esto mismo, ilícita. Además, haciendo una analogía con lo

---

[508]

que los moralistas afirman sobre la esterilización terapéutica comparándola con la anticonceptiva, y aplicando a fortiori las mismas razones, se puede afirmar que en este caso se interviene en la parte físicamente no enferma, sino sana (puesto que el organismo sexual del transexual está físicamente íntegro), para buscar un resultado en el plano psicológico-personal, que, además, no se obtiene; por lo que en este caso no hay posibilidad de aplicar el principio de la «intervención terapéutica» buscando un bien superior, que por lo demás debería resultar en el mismo plano físico. Tampoco se puede invocar la irreversibilidad del mal o decir que éste «no se puede remediar de otra manera», porque, aparte la permanente resistencia del trastorno al tratamiento psicoterapéutico (que según la generalidad no daría resultado), el trastorno no sólo no se elimina, sino que se agrava aún más por este medio. Finalmente, el bien superior, moral y personal del sujeto se ve ulteriormente comprometido.

Por tanto, considero que no se puede aplicar el principio terapéutico vinculándolo con el principio de la totalidad de la salud y de la persona, y que tampoco lleva a concluir que es lícita la intervención[652], en el caso del transexual; mientras que sí se puede aplicar para las intervenciones sobre el sexo físico en aquellos casos de intersexualidad de los que hablábamos antes;

b) la opción entre «sexo del alma» y «sexo de! cuerpo».

La segunda razón que aducen sobre todo los psicólogos —y cuantos consideran que la base de la sexualidad, su componente prioritario y su determinación específica radican en la psique— es que el transexual tendría una «conciencia» que no coincide con los atributos de la corporeidad sexual; y que, por tanto, la realidad corporal es la que tiene que adecuarse a la conciencia personal. Es en este contexto en el que se habla de diferencia entre «sexo» y «género»: el transexual tiene

---

[651] Ibidem.

[652] Para una ilustración del principio terapéutico estudiado en particular respecto de las intervenciones oe esterilización, pero válido en cualquier tipo de intervención de ablación o reconstructiva, véanse las Alocuciones de Pío XII: 20.10.1951, 14.9.1952, 7.9.1953 , 12.9.1958; véase también a este propósito TETTAMANZI, La sterilizzazione anticoncezionale, p. 145, así como el Documento de la CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Documento sobre La esterilización...

en la conciencia un «género» (por ejemplo, género femenino) que no coincide con el «sexo» corporal[653].

A este propósito salen a la luz puntos esenciales de la visión antropológica y personalista de la sexualidad, así como, indirectamente, la validez de la mente humana para captar la verdad objetiva del propio ser y del propió

---

[509]

actuar. Permítasenos por esto concentrar las afirmaciones de forma sintética.

Ante todo hay que poner en claro que, cuando los defensores del deter-minismo psicológico hablan de «conciencia del género» como diversa de la realidad corpórea, inducen un concepto de conciencia psicológica (y patológica en este caso) que no coincide con la definición de conciencia moral, basada en la capacidad del intelecto humano para captar la verdad objetiva del propio ser y la norma objetiva del propio actuar.

La conciencia psicológica tiene un peso ético en la determinación de la responsabilidad «subjetiva», pero no siempre es adecuada para captar la verdad objetiva; y no lo es, sobre todo, cuando intervienen graves trastornos de carácter patológico.

Por lo que se refiere a la visión cristiana, hay que poner de relieve una afirmación de valor fundamental en la antropología, que aparece en los documentos del Concilio, en diversos documentos del Magisterio y en la Catequesis de Juan Pablo II: el cuerpo humano en su conformación objetiva y en su significación de masculinidad y femineidad, expresa «objetivamente» la actitud de toda la persona y no sólo su aspecto fisicista, provisional y exterior.

«La visión cristiana del hombre reconoce al cuerpo una particular función, puesto que contribuye a revelar el sentido de la vida y de la vocación humana. Las corporeidades, en efecto, el modo específico de existir y de obrar del espíritu humano. Este significado es ante todo de naturaleza antropológica: "el cuerpo revela al hombre", "expresa a la persona", y por eso es el primer mensaje de Dios al hombre mismo, casi una especie de "sacramento primordial, entendido como signo que transmite eficazmente en el mundo visible el misterio invisible escondido en Dios desde la eternidad"»[654].

Juan Pablo II afirma a este propósito:

---

[653] CASTAGNET, en el contexto de toda su obra y en el título mismo del libro, sostiene esta visión de extracción freudiana.

[654] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA, Orientaciones educativas sobre el amor humano. Pautas de educación sexual (1.11.1983), n. 22, Librería Parroquial de Clavería, México 1983; JUAN PABLO II, Audiencia general (12.9.1979), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, B, 2, p. 288; ID., Audiencia general (20.2.1980), en Insegnamenti di Giovanni Paolo 11, m, 1, p. 430.

«Cuando hablamos del significado del cuerpo, nos estamos refiriendo ante todo a la plena conciencia del ser humano, pero entendemos también cualquier experiencia efectiva del cuerpo en su masculinidad-femineidad, y, en cualquier caso, su predisposición permanente a esa experiencia»[655].

---

[510]

Lo que afirma el Papa coincide con lo que el Concilio dice sobre la naturaleza antropológica de la corporeidad y de la sexualidad, haciéndolo más explícito, como explicaremos más adelante. Estas reflexiones tienen una validez racional incluso en el terreno filosófico.

Hay que hacer notar que cuando se afirma la «significación objetiva del aspecto físico de la sexualidad», que es «dado» en el momento de la concepción, no se quiere afirmar la identificación de la ley natural con **la** biología: la ley natural tiene su clave de lectura en la inteligencia, y es **la** inteligencia la que «descubre» (y no la que fabrica) la verdad del ser humano. Como no se puede confundir la escritura con el lector, así tampoco se puede confundir la realidad física con el intelecto humano. Es la persona **la** que se lee a sí misma en sus propios significados creativos y capta su sentido; es la libertad la que los asume como valores y dones que hay que dirigir a su plenitud significada: el cuerpo se vuelve así el ser personalizado y el espíritu encarnado, subjetividad objetiva. El cuerpo entra ciertamente en esta lectura global de la persona.

«Cuando la Revelación divina y, en su orden propio, la sabiduría filosófica, ponen de relieve exigencias auténticas de la humanidad, están manifestando necesariamente, por el mismo hecho, la existencia de leyes inmutables inscritas en los elementos constitutivos de la naturaleza humana; leyes que se revelan idénticas en todos los seres dotados de razón»[656].

Así se expresa la Declaración acerca de Ciertas cuestiones de ética sexual a propósito de la tendencia que atribuye a la «cultura de los tempos» ciertas y determinadas exigencias «inscritas en los elementos constitutivos de la naturaleza humana». Por esto, los conceptos de femineidad y mascu-linidad no se pueden reducir a simples dinamismos psíquicos ni **a** «estereotipos» de tipo cultural; estas dimensiones son objetivas y corporalmente significativas.

Es cierto que la sexualidad masculina y la femenina están sujetas a una dinámica de crecimiento y de desarrollo, que es fruto de una maduración orgánica y psicológica y que va acompañada también de

---

[655] JUAN PABLO U, Audiencia general (25.6.1980), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, n, 1, p. 1833. Véase también para un comentario sobre este tema: CAFFARRA C , Veritá ed ethos dell'amore coniugale, «Rivista del Claro Italiano», 1983, LXW, pp. 693-706.

[656] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración acerca de Ciertas cuestiones..., n. 4.

influjos culturales. Se ha comprobado igualmente que durante este desarrollo se pueden presentar dificultades y en ocasiones, como en nuestro caso, anomalías, por lo que la sexualidad sigue siendo una tarea y una vocación; y que el crecimiento, finalmente, puede revelar casos patológicos, como ocurre en todos los demás aspectos del organismo humano. En tal eventualidad, el remedio está en corregir, si es posible, lo que está desviado, y no en suprimir lo que

---

[511]

es difícil de armonizar, aunque represente la constitución orientadora del propio ser personal.

Lo que se ha de tomar como indicación y norma desde el punto de vista de la moral objetiva ante estas anomalías, lo constituye a nuestro juicio la conformación objetiva de la corporeidad sexual y, juntamente con ella, su consiguiente significado antropológico; en cambio, no nos parece relevante, siempre desde el punto de vista de la normatividad objetiva, el problema del origen de ese trastorno (si es sólo psicológico y cultural, o al mismo tiempo psicológico, cultural y hormonal); en cambio, el problema del origen del trastorno, como el de la reversibilidad-irreversibilidad, puede y debe tener un peso desde el punto de vista de la valoración subjetiva de la responsabilidad.

Una confirmación de lo que venimos diciendo se puede ver, a nuestro juicio, en la posición doctrinal explícita del Magisterio en relación con la homosexualidad.

En este caso, ante una anomalía psíquicamente estructurada, lo que el sujeto busca no es suprimir sus propios órganos sexuales, sino comportarse de tal manera que la atracción se desplaza no hacia personas de otro sexo —como ocurre en la dinámica objetiva del cuerpo— sino hacia personas del mismo sexo. También en este caso se habla de irreversibilidad. La transexualidad se presenta como un caso más grave, pero hay un punto en común: el rechazo de la disposición corpórea de la sexualidad; en el caso del "homosexual, el rechazo se concreta en un comportamiento anómalo en sentido erótico; en el transexual, el rechazo se vuelve solicitud de suprimir los órganos mismos de la propia sexualidad.

Es conocida a este respecto la postura del Magisterio en el caso de la homosexualidad:

«Estas personas homosexuales deben ser acogidas, en la acción pastoral, con comprensión y deben ser sostenidas en la esperanza de superar sus dificultades personales y su inadaptación social. También su culpabilidad debe ser juzgada con prudencia. Pero no se puede emplear ningún método pastoral que reconozca una justificación moral a estos actos por considerarlos conformes a la condición de esas personas».

Pues según el orden moral objetivo, «las relaciones homosexuales son actos desprovistos de su regla esencial e indispensable»[657].

Si es objetivamente ilícito el comportamiento no conforme con el sentido específico de la sexualidad física, inducido por una fuerte tendencia psicológica,

---

[512]

más grave aún se habrá de considerar la intervención médico-quirúrgica que busca trastocar el aspecto físico de la sexualidad para adaptarlo al impulso psicológico.

Una tercera consideración, que hay que subrayar para corroborar nuestra posición, es la que se impone a partir de todo lo que expusimos en el capítulo de la sexualidad, en cuanto a la unidad inseparable entre la dimensión procreativa y la dimensión unitiva en la expresión del acto y de la vida conyugal.

También en este caso podemos aducir las conocidas afirmaciones del Magisterio de la Iglesia católica:

«Cuando se trata, pues, de conjugar el amor conyugal con la responsable transmisión de la vida, la índole moral de la conducta no depende solamente de la sincera intención y apreciación de los motivos, sino que debe determinarse con criterios objetivos tomados de la naturaleza de la persona y de sus actos, criterios que mantienen íntegro el sentido de la mutua entrega y de la procreación humana»[658].

Como se sabe, el enunciado conciliar fue retomado por la Humanae Vitae de Pablo VI, especificándolo como necesidad ética objetiva de conjugar en todo acto en particular la dimensión procreativa y la dimensión afectiva de la relación conyugal; enseñanza confirmada en la Familiaris Consortioáe Juan Pablo II. Todos estos son documentos tan conocidos, que nos ahorramos el recordarlos[659].

Por consiguiente, en el ámbito de la enseñanza de la Iglesia católica, si se tuviera que admitir como lícita la intervención quirúrgica para cambiar el aspecto físico de la sexualidad del transexual, a fin de adecuarlo —suponiendo, sin conceder, que fuera técnicamente posible— a la instancia psicológica, con mayor razón habría que desmentir cuanto el Magisterio ha enseñado en materia de homosexualidad y de anticoncepción.

Hay que repetir que las razones que sostienen tal posición en el campo eclesiástico tienen un peso específico propio intrínseco y racional,

[657] Ibi., n. 8. La afirmación es repetida en el documento de la SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓUCA, Orientaciones educativas..., n. 101.

[658] CONCIUO VATICANO 11, Constitución Pastoral «Gaudium et Spes», n. 51.

[659] PABLO VI, Encíclica «Humanae Vitae», nn. 11 y 12; JUAN PABLO II, Exhortación Apostólica «Familiaris Consortio», nn. 32 y 33. Véase también SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Carta sobre La sexualidad a S.E. Mons. Quinn (13.7.1979), en Enchiridion Vaticanum, 6, pp. 1126-1129.

incluso desde el punto de vista de la consideración ética de la sexualidad.

c) La libertad sexual como libertad de elección y de sexo.

Es cierto que muchos defensores de la licitud de la intervención médico-quirúrgica de «rectificación del sexo» (en realidad no se puede hablar de

---

[513]

rectificación sino de variación manipuladora) están movidos por la intención de aportar un alivio a estos sujetos que sufren y que son dignos de comprensión; pero no se puede dejar de notar, aunque sea como simple alusión, que este problema da pie a diversas corrientes y movimientos para avanzar hacia la llamada libertad sexual. No se trata ya solamente de libertad de comportamiento respecto del otro sexo, antes y después del matrimonio y fuera del mismo; ni tampoco simplemente de reivindicar una relación erótica con el mismo sexo, sino de la libertad de elegir el propio sexo y no ya de aceptarlo desde el nacimiento, aunque sea en una situación patológica.

No podemos ignorar que la presión socio-cultural es fuerte en este sentido, después de las enseñanzas de Freud sobre el determinismo psicológico en materia de sexualidad. Tras los mensajes de Marcuse sobre la «liberalización del sexo» como premisa de la revolución social y acerca de la «sexualidad polimorfa»[660]; y después del clima de radicalismo en materia de libertad individual, no es de sorprender que las leyes sigan avanzando en su afán de adecuarse al empuje de liberalización sin respetar la vida física, como ha ocurrido con el aborto y está ocurriendo con la esterilización, hasta llegar a estos nuevos enfoques del transexualismo. La ley italiana en esta dirección se ha adecuado a las de Inglaterra y Marruecos; y en Francia se viene con-figurando también un movimiento legislativo análogo[661].

No nos detendremos á analizar este empuje cultural fomentado por el hedonismo y por los estudios de algunos sociólogos y etólogos; empuje que podría ser a su vez un factor de difusión de la patología del transexual.

Ciertamente, con esto no queremos insinuar una posición de rechazo hacia la situación de sufrimiento de estos sujetos, que deberán ser ayudados con métodos de psicoterapia y de apoyo humano, como otras, personas que sufren o como los discapacitados. Lo que en todo caso queremos aclarar solamente es nuestra posición, que pretende evitarles un ulterior sufrimiento y piensa que no se puede subvertir el orden ético de la persona.

Tampoco nos detendremos a refutar esas corrientes de pensamiento libertario que, aprovechando como ocasión y pretexto estos

---

[660] Véase sobre el tema: MELCHIORRE (coord.), Amore e matrimonio..., p. 470.
[661] Sobre el tema, véase LORÉ, MARTINI, Aspetti e problemi..., pp. 127-131.

problemas de sufrimiento humano, presionan a los parlamentos y las legislaciones para que adopten una actitud de permisivismo aventurado: tales visiones, que no vinculan la libertad con la responsabilidad, ni el bien de la persona con el respeto de la naturaleza, están fuera de una perspectiva racional y cristiana del hombre y de la sexualidad. A estos defensores sólo hay que

---

[514]
hacerles ver el deterioro físico y humano al que lleva este tipo de intervenciones.

El matrimonio de los transexuales

El problema de la validez y licitud del matrimonio en el caso de un sujeto transexual —después de todo lo que acabamos de recordar en materia de licitud de la intervención médico-quirúrgica— sigue estando bastante claro, por lo que se refiere a los aspectos morales. Sin embargo, tendremos que recordar algunas consideraciones para referirlas al problema específico y considerar, además, algunos datos particulares concernientes a la naturaleza del matrimonio.

Ante todo, será conveniente repetir la distinción ya hecha entre las dos categorías de sujetos: los afectados de ambigüedades sexuales en el campo físico (hermafroditas y pseudohermafroditas) y los sujetos que revelan un auténtico transexualismo.

Es evidente que en esta parte de la exposición los especialistas en Derecho Canónico (especialmente en el nuevo) podrán aportar aclaraciones más precisas y puntuales: nos limitaremos, por tanto, a acotaciones de orden moral, limitándolas al matrimonio de estos sujetos afectados por diversas patologías[662].

En todo caso, y antes de entrar en la casuística específica, en ocasiones variada y compleja, habrá que recordar, de conformidad con la tradición teológica, con los documentos del Magisterio y también con algunas precisiones autorizadas de la Congregación para la Doctrina de la Fe, lo que sigue:

a) Para llevar una vida matrimonial recta y verdadera no basta con una sexualidad genérica, con una simple posibilidad y voluntad de expresar entre los miembros de la pareja una efusión amorosa, tendente de alguna manera a satisfacer el impulso erótico, a veces motivado por la búsqueda de una complementación personal; sino que se requiere la posibilidad y la voluntad de expresar una auténtica sexualidad genital,

---

[662] Por lo que se refiere a la interpretación y aplicación del Nuevo Código de Derecho Canónico sobre la materia analizada, véase el interesante trabajo de POMPEDDA M.F., Nuove metodiche di interuento sulla vita umana e diritto matrimoniόle canónico, en ZAGGIA, Progresso biomedíco..., pp. 87-144.

sostenida en el creyente por la caridad sobrenatural y por la apertura a la vida[663];

b) tiene, por esto, una importancia relevante y decisiva —de tal manera que es condición indispensable para que el matrimonio sea válido— el hecho de que la unión mediante el acto conyugal entre los dos esposos sea posible

---

[515]

y practicable con órganos genitales varios no artificiales (vagina o pene artificiales); y además, que los órganos genitales externos sean del mismo sexo que los internos (gónadas, útero, ovarios). Me parece, en efecto, que no se puede considerar como verdadero un acto conyugal, si la realidad objetiva interna contradice su homogeneidad con elementos de otro sexo, por una deformidad física;

c) es igualmente esencial que, de conformidad con el canon 1095/3 del nuevo Código de Derecho Canónico, ambos esposos tengan la capacidad recíproca de atracción afectiva y la capacidad de un consentimiento libre y suficiente. Ciertas anomalías y ambigüedades, algunas disociaciones afectivas y perturbaciones psíquicas irreversibles de tipo sexual, como se pueden verificar en los casos que veremos, comportan en ocasiones tal inmadurez afectiva, que disminuyen la capacidad y la libertad interior de expresar la dimensión afectiva permanente y el bien vinculado, como se requiere en la vida y en los actos conyugales;

d) también es esencial que la dimensión afectiva de cada uno de los cónyuges esté orientada hacia una persona de sexo diverso, entendiendo diverso en sentido verdadero y objetivo y no simplemente en sentido ficticio y artificial (como en el caso de los transexuales), como veremos más en particular.

e) el hecho de que los actos conyugales no tengan la fertilidad efectiva, a pesar de la conformación suficiente y homogénea del organismo sexual, que permita a los dos esposos una unión sexual verdadera y completa, no es obstáculo para la validez del matrimonio, aun cuando esa infertilidad dependiera de intervenciones quirúrgicas esterilizantes. Tales intervencione
esterilizantes (vasectomía, extirpación de los ovarios) a veces pueden ser necesarias y lícitas por motivos terapéuticos (esterilización terapéutica), y en ocasiones pueden ser el resultado de un hecho ilícito y culpable; sin embargo, las intervenciones mismas no impiden ni la expresión objetiva ni la expansión afectiva del acto y de la vida conyugal[664].

---

[663] Véanse CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral «Gaudium et Spes», nn. 47-52; SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración acerca de Ciertas cuestiones...; ID., Carta sobre la sexualidad...

[664] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Decreto sobre la Impotencia que hace nulo el matrimonio (13.5.1977), en Enchiridion Vaticanum, 6, pp. 150-151.

Se mantiene la reserva del dolo sustancial de la que habla el canon 1098 del Código de Derecho Canónico.

Tratemos ahora de aplicar estas orientaciones a la casuística prevista, haciendo notar antes que en muchos casos será necesario una consulta multidisciplinaria, para definir la verdadera situación desde el punto de vista tanto físico como psíquico: esto parece necesario no sólo cuando se trate de declarar la validez de un matrimonio puesto en discusión, sino también

---

[516]

de declarar la presencia o la falta de capacidad de ¡os futuros cónyuges para con traerlo.

En ios casos de ambigüedad física del sexo, el hecho de que la intervención quirúrgica se haya llevado a cabo y se haya considerado lícita para una mejor armonización de los caracteres sexuales, no siempre es premisa, de suyo suficiente, para considerar válido el matrimonio subsiguiente, debiéndose examinar y verificar las condiciones que hemos recordado anteriormente.

Resumo las posiciones que me parecen coherentes con la doctrina antes expuesta en los términos siguientes:

1) Cuando se trata de corregir disonancias accidentales, esto es, que no ponen de manifiesto una discordancia sustancial ni entre órganos internos y órganos externos, ni entre sexualidad psicológica y sexualidad física, el matrimonio puede considerarse válido y lícito, manteniéndose —como es lógico— las demás condiciones requeridas en todo matrimonio.

Parece necesario que, si tales defectos se llegan a conocer antes del matrimonio, se deban declarar al compañero para no engañarlo en cuanto a la infertilidad. Pero, por otra parte, no parece necesario notificar al sujeto la anomalía accidentalmente descubierta por el cirujano, si el sujeto la ignora totalmente, sobre todo si ya se ha casado.

2) En los casos de pseudohermafroditismo, en los que persista la disociación entre los órganos sexuales, con una anomalía sustancial y un grave impedimento no sólo para la fertilidad sino también para la unión conyugal, el matrimonio se ha de considerar inválido.

Si hubiera «dolo», éste habría de considerarse sustancial (canon 1098). El matrimonio celebrado de buena fe, en el supuesto de que ello fuera posible, se ha de considerar «putativo».

3) En los casos de auténtico hermafroditismo, en los que se asocian en paralelo —caso, por demás, sumamente raro— tanto las gónadas masculinas como las femeninas (testículos y ovarios), y además coexiste normalmente una ambigüedad genital externa; y en los que, aunque normalmente se les interprete como varones, se advierta una sexualidad psicológica incierta, me pareee que el matrimonio debe ser considerado inválido. Es obvio, de todos modos, que si se contrae matrimonio siendo el sujeto consciente de ello, es una decisión que se ha

de considerar en sí ilícita, porque expone a un grave riesgo de infidelidad y turbación para la otra parte, aunque también fuera consciente. El engaño, de todos modos, sería mucho más grave que en los casos anteriores.

---

[517]

En los casos de auténtico transexualismo, como consecuencia de todo lo que hemos venido afirmando a propósito de la no licitud de la intervención médico-quirúrgica para variar el sexo físico del transexual, resulta que el sexo modificado subsiguiente a la intervención, no es el verdadero sexo del sujeto. Además, en estos casos, la discordancia entre psique y soma es tan fuerte y estructurada, que la libertad de decisión y, más aún, la armonía entre sexualidad física, psicológica y orientación del comportamiento, están profundamente trastornadas.

Por esto, no es difícil afirmar que el matrimonio eventualmente solicitado y celebrado después de la intervención médico-quirúrgica, se ha de declarar arbitrario con un sexo que desde el punto de vista físico es ficticio y está devastado; y, además, porque el trastorno psico-físico se ha de considerar gravemente perturbador de la libertad de elección y de consentimiento. Nos parece que el caso no difiere mucho de aquel en que un homosexual pidiera casarse con una persona del mismo sexo.

El hecho de que el compañero eventual esté al corriente de la intervención de modificación del sexo físico y acepte este tipo de unión, no cambia el juicio moral objetivo, sino que exime solamente del ulterior ilícito del dolo sustancial.

En realidad, no se plantea el caso de un matrimonio anterior a la intervención con una persona de sexo diverso y en consonancia con la propia sexualidad física, porque los transexuales en edad adulta acentúan psicológicamente su orientación en sentido contrario a su propio sexo físico y, por esto, en la línea objetivamente legítima. Por esto el problema de cómo se deba considerar este matrimonio anterior a la intervención quirúrgica —y congruente, por ello, con la naturaleza física y objetiva de la persona transexual—, es un problema puramente teórico. De todos modos, si se llegara a plantear, también éste debería ser reconocido como nulo. Y si lo hubiera contraído una persona gravemente perturbada psicológicamente, debería ser considerado válido si la tendencia transexual hubiese surgido de improviso después de casarse. Pero repito: a lo que sé, este caso no lo tienen registrado ni la casuística ni la literatura médica.

No consideramos que debamos repetir aquí todas las razones y los apoyos del Magisterio en defensa de la coexistencialidad ineludible de la sexualidad física y de la necesaria armonía entre sexo del cuerpo y «sexo de la conciencia» en la visión cristiana de la sexualidad y de la persona humana: tales razones, aducidas para sustentar la tesis sobre la ilicitud de la intervención quirúrgica sobre el transexual, pesan mas todavía en materia de la validez/ nulidad del matrimonio, porque con la

unión matrimonial se involucra la vida del compañero y se toca a la realidad sacramental del matrimonio.

---

[518]

BIBLIOGRAFIA

ABRAMOWITZ S.I., *Psychosocial outcomes of sex reassignment surgery,* «J. Consult. Clin. PsychoL», 1986, 54, 183-189.

ANCONA L. (coord.), *Psicoanalisi, bisessualità e sacro,* Teda, Castrovillari, 130, 1991.

ASHLEY B., *Compassion and sexual orientation,* en GRAMICK J., FUREY P. (eds.), *The Vatican and homosexuality.* Cross Road, Nueva York 1988, pp. 105-112.

BAIER K., *The ethics of behavior modification,* «Ethics», 1981, 91, 3, 499-509.

BARBARINO A., DE MARINIS L., *Estrogen induction of luteinizing hormone release in castrated adult human males,* «J. Clin. Endocr. Metabolism», 1980, 51, 280-286.

—, *Basi biologiche sul concetto di «imprinting» ipotalamo-ipofisario,* «Medicina e Morale», 1984, 166-171.

—, *Ruolo degli ormoni gonadici sulla sessualizzazione cerebrale,* «Medicina e Morale», 1985, 4, 724-729.

—, MANCINI A., *Estradiol modulation of basal and gonadotropin-releasing hormon-induced gonadotropin release in intact and castrated man,* «Neuroendocrinolo-gy», 1983, 36, 105-111.

BELLI M.M., *Transsexual surgery: a new tort?,* «JAMA», 1978, 239, 2143-2148.

BELLONE F., BRUNI V., *Ginecologia dell'infanzia e della adolescenza,* Roma 1990.

BENCIOLINI P., *// transessualismo: attuale problematica medico-legale,* «Rivista di sessuologia», 1982, 2, 41 ss.

BENJAMIN H., *The transsexual Phenomenon,* Julian Press, Nueva York 1966.

BERSDMI F., *Matrimonio e anomalie sessuali e psicosessuali,* Paoline, Cinisello Balsamo 1980.

BOIARDI G., *Sessualità maschile e femminile tra natura e cultura,* «Medicina e Morale», 1983, 1, 12-24.

BOMPIANI A'., *Le norme in materia di rettificazione dell'attribuzione del sesso e il problema del transessualismo,* «Medicina e Morale», 1982, 3, 238-283.

BOSCIA F.M., TODARELLO O., MATARRESE F., *// transessualismo: aspetti etìologici, clinici e terapeutici,* «Medicina e Morale», 1985, 4, 746-762.

B.RODY B.A., *Marriage, morality and sex-change surgery: four traditions in case ethics,* «Hastings Center Report», 1981, 11, 4, 8-13.

CAFFARRA C, *// transessualismo: aspetti etici,* «Medicina e Morale», 1985, 4, 717-723.

—, *Verità ed ethos dell'amore coniugale,* «Rivista del Clero Italiano», 1983, LXIV, 693-706.
CAPUTO A., ALTOBELLI L., PALUMBO M., *Alterazioni, deviazioni, perversioni sessuali,* Ca-cucci, Bari 1985.
CARUSO A., *// «cambiamento» di sesso: orientamenti giurisprudenziali e dottrinali,* «Il Diritto di Famiglia e delle Persone», 1978, 7, 688-712.
CASTAGNET F., *Sexe de l'âme et sexe du corps,* Le Centurion, Paris 1981.

---

[519]

CESARI G., *Omosessualità e devianze sessuali,* en AA. VV., *Ciclo di conferenze su temi di bioetica,* CUES, Trieste, 1982, pp. 63-97.
CICCARESE S., ORSINI G., MAS ARI S. et al., *Free H.Y. antigen induces in vitro testicular differentiation of human XX embryonic indifferent gonads,* «Cell. Differ.», 1983, 12, 185 ss.
CONCILIO VATICANO II, *Constitución Pastoral «Gaudiurn et Spes»,* nn. 47-52, en *Documentos del Vaticano II,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1975[29], pp. 243-252.
CORSELLO S., DASTOLI C, *Problemi di identità sessuale,* en DASTOLI C, BOLONIA T., (coord.), *Sessualità da ripensare,* Vita e Pensiero, Milán 1990, pp. 47-61.
COZZOLI M., *// problema etico del transessualismo,* «Medicina e Morale», 1986, 4, 806-813.
CREMONA-BARBARO A., *Medicolegal aspects of transsexualism in Western Europe: a comparative review,* «Medicine and Law», 1986, 5, 1, 89-99.
DE MARINIS L., BARB ARINO A., SERRA A., *Biologia della differenziazione sessuale,* «Medicina e Morale», 1984, 2, 155-165.
Di MEGLIO D., *L'invisibile Confine. Ermafroditismo e omossessualità,* Melusina, Roma.
Di PIETRO M.L., *Modificazione e rettificazione del sesso: analisi degli aspetti medici,* en ZAGGIA C. (coord.), *Progresso biomedico e diritto matrimoniale canonico,* Ce-dam, Padua 1992.
—, *Il transessualismo: aspetti biologici, psicologici, ed etici* (Noticiario), «Medi- cina e Morale», 1985, 1, 202 ss.
DOGLIOTTI M., *Identità personale, mutamento di sesso e principi costituzionali,* «Giurisprudenza Italiana», 1981, 1, 23 ss.
EICHE W., BORRUTO F., */ transessualismi,* Cortina, Verona 1983.
FABBRINI A., SANTIEMMA V. et al., *Andrologia,* Masson, Milán 1985.
FERRO F.M., *Sessualità e sessuologia,* «Medicina e Morale», 1979, 2, 209-214.
FIGONE A., *Il diritto all'identità sessuale e la libera esplicazione della propria individualità. Considerazione a margine della legge 14 aprile 1982, n. 164,* «Il Diritto della Famiglia e della Persona», 1983, gennaio-giugno, 338 ss.
FIORI A., *Sentenza della Corte di Cassazione sulla legittimità costituzionale della L. 14/ 4/82 n. 164 (rettificazione di attribuzione del sesso),* «Medicina e Morale», 1983, 3, 287-298.

FORLEO R., *Transessualismo,* «Rivista di Sessuologia», 1977, 1, 42 ss.
GIÙFFRÈ L. et al., *La differenziazione sessuale e le sue anomalie,* «Gin. Inf. Adol.», 1988, 2, 122 ss.
GREENE R., *Sexual identity conflict in children and adults,* Basic Books, Nueva York 1974.
HOHR E., *AIDS, gays and state coertion,* «Bioethics», 1987, 1, 35-50.
JACOBS S.A., *The determination of medical necessity: Medicaid funding for sex reassignment surgery,* «Case West. Res. Law Review», 1980, 31, 1, 179-209.

---

[520]

JUAN PABLO II, *Audiencia general* (12.9.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* ii, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 286-290.
—, *Audiencia general* (20.2.1980), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* HI, 1, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, pp. 428-431.
—, *Audiencia general* (25.6.1980), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* m, 1, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, p. 1831-1835.
—, *Exhortación Apostòlica «Familiaris Consortio»* (22.11.1981), 28-36, en *Enchiridion Vaticanum,* 7, Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 1453-1475.
KEANE P.S., *Sexual morality. A catholic perspective.* Gill and Macmillan, Dublin 1980.
KORANYI E,, *Transsexuality in the male,* Thomas, Springfield 1980.
KUIPER A.J. et al., *Transsexuality in the Netherlands,* «Medicine and Law», 1985, 4, 4, 373-378.
LANGMAN, J., *Embriologia mèdica,* Interamericana, Mexico 1976.
LARIZZA P. (ed.), *Manuale di medicina interna,* ni, Piccin, Padua 1979, pp. 418-420 y 481-485.
LEVINE S.B., *The origins of sexual identity: a clinician's view,* en SHELP E.E. (ed.), *Sexuality and medicine,* i, Reidei, Dordrecht 1987, pp. 39-54.
LIEF H.I., *Ethical problems in sex therapy,* en ROSENBAUM M. (ed.), *Ethics and values in psychotherapy: a guidebook.* Free Press, Nueva York 1982, pp. 269-296.
LORE C, MARTINI P., *Aspetti e problemi medico-legali del transessualismo,* Giuffrè, Milan 1986.
LOTHSTEIN L.M., *Theories of transsexualism,* en SHELP E.E. (ed.), *Sexuality and medicine,* i, Reidel, Dordrecht 1987, pp. 55-72.
MACCOBY E.E., JACKLIN C.N., *The psychology of sex differences,* Stanford Univ. Press.. Stanford 1974.
MANARA F., TRIDENTI A., *Problemi psicosomatici e sessuologici,* «Federazione Medica». 1986, 36, 733-735.
MARCHETTI M., *Aspetti psichiatrici e psicologici del transessualismo,* «Medicina e Morale», 1984, 2, 172-180.

MASTROENI A., *The morality of sex-conversion,* «Linacre Quarterly», 1985, 52, 3, 238-246.
MELCHIORRE V. (coord.), *Amore e matrimonio nel pensiero filosofico e teologico moderno,* Vita e Pensiero, Milan 1976.
MILLOT C, *Aldilà del sesso. Saggio sul transessualismo,* Angeli, Milàn 1984.
MONEY J., EHRHARDT A.A., *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity,* J. Hopkins University Press, Baltimore 1972.
—, TUCKER P., *Sexual signatures: on being a man or a woman,* Little, Brown & Co., Boston 1975.
—, Essere uomo, essere donna, Feltrinelli, Milan 1980 (trad, esp., *Desarrollo de la sexualidad humana,* Morata, Madrid 1982).

---

[521]

PABLO VI, *Enciclica «Humanae Vitae»* (25.7.1968), nn. 7-13, en ZALBA M., *La regulación de la natalidad,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1968, pp. 27-35.
PAQUIN J., *Morale e medicina,* Orizzonte Medico, Roma 1962, pp. 239 ss.
PATTI S., WII.I. M.R., *Mutamento di sesso e tutela della persona,* Cedam, Padua 1990. PAVONE MACALUSO M., *Sesso e stati intersessuali,* «Realtà Nuova», 1969, marzo, 255.
PERICO G., *Il fenomeno della transessualità: rilievi clinici, giuridici e morali,* «Documenti CISF», 1982, marzo-aprile, 54-61.
—, La transessualità, en Problemi di etica sanitaria, Ancora, Milán 1992, pp. 373-389.
Pío XH, *A las congresistas de la Unión Católica Italiana de Comadronas* (29.10.1951), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xm, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1961, pp. 331-353.
—, A los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatología del sistema nervioso (14.9.1952), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xiv, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1961, pp. 317-330.
—, A los participantes en el «Primum Symposium Internationale Geneticae Medicae» (7.9.1953), EN *Discorsi e Radiomessaggi,* XV, TIPOGRAFÍA POLIGLOTTA VATICANA, CIUDAD DEL VATICANO 1969, PP. 251-266.
—, A los participantes en el XXVI Congreso de la Sociedad Italiana de Urología (8.10.1953), EN *Discorsi e Radiomessaggi,* XV, TIPOGRAFÍA POLIGLOTTA VATICANA, CIUDAD DEL VATICANO 1969, PP. 371-379.
—, Discurso a los participantes en el VII Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de Hematología (12.9.1958), EN *Discorsi e Radiomessaggi,* XX, TIPOGRAFÍA POLIGLOTTA VATICANA, CIUDAD DEL VATICANO 1969, PP. 371-379.

Pompedda M.F., *Nuove metodiche di intervento sulla vita umana e diritto matrimoniale canónico,* EN Zaggia C. (COORD.), *Progreso biomedico e diritto matrimoniale canónico,* CEDAM, PADUA 1992, PP. 87-144.

Samuels G., *Transsexualism,* «AUSTR. J. FORENSIC SCIEN.», 1983, 12, 53 SS.

Schwanzenberg C, Schwarzenberg T.L., *Spunti medico-legali in tema di volontaria modificazione dei caratteri sessuali esterni e di psicosessualitá,* «Il DIRITTO DI FAMI-GLIA E DELLA PERSONA», 1973, APRILE-GIUGNO, 564 SS.

Schwartz, Moraczewski, Monteleone (EDS.), *Sex and gender. A theological and scien-tific inquiry,* THE POPE JOHN CENTER, ST. LOUIS (MO) 1983.

Schwarzenberg T.L., *Considerazioni medico-legali sulla transessualitá e sindromi co-rrelate,* «Il DIRITTO DELLA FAMIGLIA E DELLA PERSONA», 1975, OTTOBRE-DICEMBRE, 1467 SS.

Soda. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Documento sobre La esterilización en los hospitales católicos,* (13.3.1975), EN *Enchiridon Vaticanum,* 5, DEHONIANE, BOLONIA 1979, PP. 736-741.

—, *Declaración acerca de Ciertas cuestiones de ética sexual,* (29.12.1975), TIPO-GRAFÍA POLÍGLOTA VATICANA, CIUDAD DEL VATICANO 1975.

—, *Decreto sobre La impotencia que hace nulo el matrimonio* (13.5.1977), EN *Enchiridion Vaticanum,* 6, DEHONIANE, BOLONIA 1980, PP. 150-151.

---

[522]

—, *Carta «Sobre la sexualidad humana a S.E. J.R. Quinn,* (13.7.1979), en *Enchiridion Vaticanum,* 6, Dehoniane, Bolonia 1980, pp. 1126-1129.

SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA EDUCACIÓN CATÓLICA, *Orientaciones educativas sobre el amor ' humano. Pautas de educación sexual* (1.11.1983), Librería Parroquial de Clavería, México 1983.

SGRECCIA E., *Aspetti morali del transessualismo,* «Medicina e Morale», 1984, 2, 81-206.

SPINSANTI S., *Problemi antropologico-morali dell'identità sessuale,* «Medicina e Morale», 1982, 3, 225-237.

SPRINGER R.H., *Transsexual surgery: some reflections on the moral issues involved,* en SHELP E.E. (ed.), *Sexuality and medicine,* n, Reidel, Dordrecht 1987, pp. 233-248.

TETTAMANZI D., *La sessualità umana: prospettive antropologiche, etiche e pedagogiche,* «Medicina e Morale», 1984, 2, 129-154.

VARGA Á.C., *Sex preselection and sex change,* en *The main issues in bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1984, pp. 245-254.

WALTERS W.A.W., *Transsexualism: medical and legal aspects,* «Austr. J. Forensic Science.», 1983, 12, 65 ss.
—, FiNLAY H.A., *Transsexualism: ethical and legal aspects,* «Bioethics News», 1984,4,1,13-23.
ZALBA M. (coment.), *La regulación de la natalidad,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid 1968.
ZAGGIA C. (coord.), *Progresso biomedico e diritto matrimoniale canonico,* Veneta, Padua 1992.
ZOLLINO M., NERI G., *Le basi biologiche della differenziazione sessuale,* en DASTOLI C, BOLONIA T. (coord.), *Sessualità di ripensare,* Vita e Pensiero, Milán 1990, pp. 17-23.
ZUANAZZI G.F., *Sessuologia ed etica sessuale,* «Medicina e Morale», 1975, 2-3, 331-343.
—*, Aspetti psicopatologici del transessualismo,* «Medicina e Morale», 1985, 4, 730-745.

---

[523]

CAPÍTULO 13
Bioética y experimentación en el hombre

LA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA DE LOS FÁRMACOS

Necesidad de la experimentación

La ciencia experimental, por una exigencia epistemológica intrínseca, no puede prescindir de la experimentación; ésta, en efecto, constituye la frontera que diferencia a las ciencias empíricas de las no empíricas[665]. La historia de la ciencia experimental ha visto cómo, desde los tiempos de Galileo hasta los actuales, el método experimental no sólo se ha ido refinando, sino también ampliando e incrementando su potencial.

Del mundo objetivo y externo la experimentación se ha extendido al mundo subjetivo, interior y social, propio de la psicología y de la sociología. El potencial experimental, además, ha aumentado enormemente con el perfeccionamiento y ios avances de la tecnología. En los campos de la biología molecular, de la genética y de la vida embrional, así como en el terreno de la química, de la bioquímica y de la física, la experimentación puede hoy penetrar, mediante los instrumentos más refinados, hasta las fibras primordiales de! ser vivo, de la corporeidad y de la vida humana.

---

[665] BOMPIANI A., La sperimentazione clinica dei farmaci: stato attuale del problema e proposte di riforma, «Medicina e Morale», 1982, 2, pp. 95-135; HEMPEL C, Filosofia delle scienze naturali, Bolonia 1968; VILLA L, Etica e deontologia della sperimentazione, Turín 1966.

Esta extensión e intensificación del experimento ha hecho posible la enorme capacidad de dominar y de manipular por parte del hombre (sobre todo por parte del científico) a costa de la misma naturaleza humana. Este hecho, que ha llegado hoy hasta las fronteras mismas de la ingeniería genética originado también la posibilidad de alterar a la naturaleza de tal manera que ha planteado problemas filosóficos y éticos de gran envergadura.

Se habla de una «razón subjetiva»[666], desarrollada en conjunto con la ciencia experimental y la tecnología, encaminada a la comprensión del mundo con el fin

---

[524]

preciso de dominarlo; es un «saben» que se hace «poder». Esto contrastaría con la «razón objetiva», propia de la filosofía clásica medieval, que tiene la connotación de la finalidad teorética, del conocimiento por el gozo de la contemplación de la realidad. Hay quien ha entrevisto en este deseo de manipulación-dominación de la naturaleza la característica de la época moderna e incluso una de las causas de su decadencia ética[667]. En la introducción a nuestro tema, debemos hacer una observación más: y es que cuando se habla de manipulación experimental de lo viviente y en particular del hombre, se tiende a pensar únicamente en la manipulación de la naturaleza biológica; cuando el hecho es que la sociedad actual manipula también la cultura humana y, con ello, introduce muchos cambios no siempre positivos y sí tal vez más graves aún que los que provoca la manipulación biológica[668]. Estas observaciones quieren subrayar simplemente el que, aumentando la necesidad de dominar-manipular inscrita en el mismo saber científico, se incrementa también el afán de experimentación. Ésta es, en efecto, una fase del saber «experimental» y de las conquistas mismas de la tecnología que se basa en ese saber. Todo esto no debe hacer olvidar lo positivo, igualmente presente, de la experimentación con una finalidad no de manipular de un modo negativo e instrumental, sino de una terapia restauradora de la salud del hombre, de su integridad laboral y de su relación social.

Una cuestión importante consiste en definir el fin, el sujeto y las condiciones de la experimentación: con qué finalidad se lleva a cabo (si es o no terapéutica), sobre qué sujetos (enfermos, fetos, presos) o con qué condiciones (libertad, consentimiento informado o presunto...).

En cualquier caso, la experimentación, incluida la farmacológica, resulta necesaria para el progreso de la ciencia en general y de la ciencia médica en particular. Dentro de la ciencia y dentro de la investigación

[666] HORKHEIMER M., Eclisse della ragione. Critica della ragione strumentale; cfr. REALE, ANTISERI, Il pensiero occidentale..., DI, p. 629.
[667] GUARDINI R., La fine dell'epoca moderna, Brescia 1979, pp. 53-58.
[668] HORKHEIMER M., ADORNO T.W., Dialettica dell'illuminismo, Turin 1979.

científica la dimensión cognoscitiva y la utilitarista están presentes como mutuamente dependientes una de la otra. Es obvio, sin embargo, que la intención de dominar puede impregnar a ambas pervirtiendo sus fines, sus métodos y sus medios; pero sigue siendo cierto, incluso por el testimonio de las primeras páginas de la Biblia, que el conocimiento y el dominio del mundo pueden responder también al designio y a la voluntad del Creador[669]: Todo conocimiento comportará el desembocar en el bien o en el mal; todo dominio del mundo podrá servir al hombre o servirse del hombre según la ética inscrita en los procesos y en los fines de la ciencia y del poderío humano. De lo que acabamos de decir se deduce una vez más el carácter esencial de la ética como

---

[525]

dimensión de equilibrio entre la naturaleza y la persona, entre la tecnología y la vida humana.

Ya la medicina hipocrática ponía un límite ético y un objetivo a la experimentación médica con el aforismo: primum non nocere, ante todo, no perjudicar. Y a medida que la experimentación ocupaba su puesto intrínseco en la ciencia médica y desempeñaba su función de impulsar hacia ulteriores conocimientos, cada vez se fue definiendo mejor la relación entre el sujeto que experimentaba y el sujeto sobre el que se hacía la experimentación.

El fármaco, en particular, a medida que perdía su carácter mágico-subjetivo y asumía el valor real de agente bioquímico encaminado a influir en los mecanismos de la estructura molecular del sujeto y el funcionamiento del organismo, se fue sometiendo cada vez más a la verificación experimental antes de su empleo y durante su administración. Así, la experimentación farmacológica, aun surgiendo de un procedimiento de laboratorio (precedido a su vez de una ciencia teórica) y de una experimentación en el animal, cumple en último análisis su itinerario de convalidación mediante la experimentación en el destinatario último, el hombre mismo.

El **significado técnico de la experimentación farmacológica**

El significado de la palabra experimentación no siempre se entiende de manera unívoca: hay que precisar en particular los contenidos en relación con nuestro tema.

Experimentar puede tener un significado «subjetivo» en el sentido de que cuando el sujeto repite una acción (cuyas modalidades y resultados se conocen de ordinario), se adueña de un ejercicio que antes no poseía; y en este caso experimentación equivale a aprendizaje.

También este tipo de experimentación puede tener aplicación en medicina, como ocurre cuando un cirujano joven lleva a cabo por primera

[669] Geni, 26-3, 23.

vez una intervención que hasta entonces sólo había estudiado en teoría o había visto hacer a otros. También para esta necesaria experimentación será técnica y éticamente necesario un aprendizaje, cuyo gradual perfeccionamiento reducirá los riesgos para la vida de la persona.

Pero el significado que se da a la palabra en el campo médico y particularmente en el campo de la investigación farmacológica, es el significado «objetivo». En este último sentido, experimentar quiere decir someterá verificación, mediante la utilización directa, a procedimientos o medios (medicamentos) nuevos, o bien que están ya permitidos, pero cuyas consecuencias directas o indirectas, inmediatas o a largo plazo, se desconocen[670]. Esa «novedad» o ese «desconocimiento» pueden

---

[526]

ser absolutos o parciales, o el «medio» puede ser considerado en cualquier caso como no plenamente utilizable si no se comprueba con mayor rigor[671].

Puesto que la validez de un fármaco sólo puede ser confirmada en relación con su impacto con las causas preexistentes, simultáneas o subsiguientes (fisiológicas, patológicas, farmacológicas, también por la asociación, interferencia o antagonismo con otros medicamentos) en el organismo al que está destinado, un fármaco destinado al hombre no tendrá nunca una convalidación y un control científico y clínico, hasta que no se haya utilizado y experimentado en el hombre mismo.

Por esto, las fases precedentes de estudio y de experimentación en laboratorio y sobre animales tienen un carácter de preparación necesaria, pero no última ni definitiva.

A este propósito, es oportuno hacer también algunas precisiones acerca de la experimentación en animales. Entre los muchos problemas que preocupan a nuestra época, el de la experimentación sobre los animales interesa muy vivamente a la opinión pública, la cual se divide

---

[670] La Instrucción sobre El respeto... de la Congregación para la Doctrina de la Fe distingue oportunamente entre los términos «experimentación» e «investigación», y puesto que frecuentemente son usados de modo equivalente y ambiguo, se considera obligada a precisar el significado que en el Documento se atribuye a ambos términos (p. i, n. 4): «Por investigación se entiende cualquier procedimiento inductivo-deductivo encaminado a promover la observación sistemática de un determinado fenómeno en el ámbito humano, o a verificar una hipótesis formulada a raíz de precedentes observaciones.

Por experimentación se entiende cualquier investigación en la que el ser humano (en los diversos estadios de su existencia: embrión, feto, niño o adulto) es el objeto mediante el cual o sobre el cual se pretende verificar el efecto, hasta el momento desconocido o no bien conocido, de un determinado tratamiento (por ejemplo, farmacológico, teratógeno, quirúrgico, etcétera)».

[671] DE VINCENTIIS G, ZANGAN! P., Sulla liceità e sui limiti della sperimentazione sull'uomo, «Giustizia Penale», 1968, i, pp. 332-334; BOMPIANI, La sperimentazione clinica..., pp. 101-102.

en dos categorías: están los que consideran que la experimentación en animales, y especialmente la vivisección, es absolutamente cruel y despiadada y, por tanto, inaceptable, y quienes consideran que la utilización de los animales para la investigación es indispensable, por más que se tenga que someter a una reglamentación precisa y sin infligir sufrimientos inútiles.

Entre los primeros, cabe destacar la constitución de diversas asociaciones (como la UAI, Unión Antiviviseccionista Italiana), las cuales tienden a conferir ciertos «derechos» a los animales, en favor de los cuales se invoca la regla de «ncrhacer a los demás lo que no quisiéramos que se nos hiciera a nosotros». En apoyo de es-ta postura se aducen motivos de orden científico (contestación de la validez científica de la experimentación animal, existencia de métodos alternativos como cultivos in vitro de células o de órganos, etcétera) o de orden religioso (apelar al respeto a la Creación, invocar la figura de San Francisco de Asís).

Por el contrario, los centros de investigación favorables a experimentar en animales afirman que todos los descubrimientos científicos fundamentales que han permitido curar o acabar con muchas enfermedades del hombre, fueron posibles

---

[527]

merced a los experimentos preliminares en animales y que los conocimientos sobre la evolución permiten poder extender al hombre con mucha aproximación los datos de estas experimentaciones en el animal[672].

Por nuestra parte, consideramos que existen ciertos confines que separan al hombre del resto del mundo y que se llaman espíritu, persona, trascendencia. Por esto el hombre no puede ser reducido a mero «animal superior» ni se puede pensar que el animal tiene una dignidad igual que el hombre. La ética personalista no sitúa a cada ser vivo en el mismo plano, sino que en la verdad de toda criatura respeta la verdad de la jerarquía del mundo infrahumano respecto del hombre y de su «verdadero» bien.

Se puede aceptar, pues, que por el bien verdadero de la criatura-hombre se pueda utilizar un organismo inferior, de la misma manera que

[672] Para profundizar en el tema, véase: CASTIGNONE S. (coord.), / diritti degli animali, Bolonia 1985; FREY R.G., Viuisection moráis and medicine, «J. Med. Ethics», 1983, 9, pp. 94-97; MIDGLEY M., Perché gli animali. Una visione piú «umana» dei nostri rapporti con le altre specie (tit. orig. Animáis and they matter, 1983), Milán 1985; PATÓN W., Vivisection, moráis, medicine: commentary from a vi-visecting professor of pharmacology, «J. Med. Ethics», 1983, 9, pp. 102-104; ID., L'uomo e i¡ topo. Gli animali nella ricerca biomedica (tit. orig. Man & Mouse. Animáis in medical research, 1984), Padua 1987; PERICO G., La sperimentazione -scientifica sugli animali. La vivisezione, en Problemi di etica sanitaria, Milán 1985, pp. 99-111; SPRIGGE L.S., Vivisection moráis medicine: commentary from antivivisectionist philosopher, «J. Med. Ethics», 1983, 9, pp. 98-101

nadie encuentra ridículo, por ejemplo, utilizar la lana de las ovejas para resguardarse del frío.

Evidentemente, el mundo animal no debe ser tomado como un juego y un medio de expresión de poder sin un verdadero motivo de beneficio para el hombre y sin respetar el equilibrio entre las especies.

Por consiguiente, si no hay otras auténticas alternativas a la utilización de los animales en la experimentación; si el fin es el de un verdadero bienestar para el hombre; si se utilizan, cuando es posible, todos los medios de analgesia y anestesia que eviten sufrimientos inútiles a los animales, entonces la experimentación puede y debe ser éticamente aceptada.

Las fases de la experimentación farmacológica en el hombre han sido descritas diversamente. A continuación reproducimos la clasificación que aparece en las Normas de ¡a Buena Práctica dictadas recientemente por la Comunidad Económica Europea (CEE) y aprobadas en Italia por Decreto Ministerial del 27 de abril de 1992[673]:

«Los estudios clínicos se clasifican generalmente en fases que van de la i a la iv. No es posible trazar fronteras precisas entre cada una de las fases, y existen al respecto opiniones divergentes sobre los detalles y la metodología. A continuación se definen brevemente cada una de las fases, con base en las finalidades relacionadas con el desarrollo clínico de los productos medicinales.

---

[528]

a) Fase 1

Primeros estudios sobre un principio activo nuevo efectuados en el hombre, frecuentemente sobre voluntarios sanos. El objetivo es proporcionar una evaluación preliminar sobre la seguridad y un primer perfil de la far-macocinética y de la farmacodinámica del principio activo en el hombre.

b) Fase 11

Estudios terapéuticos piloto. La finalidad es demostrar la actividad y evaluar la seguridad a corto plazo de un principio activo en pacientes afectados por una enfermedad o por una condición clínica para la que se propone el principio activo. Los estudios se llevan a cabo en un número limitado de sujetos y a menudo, en un estadio más avanzado, según un esquema comparativo (por ejemplo, controlado con un placebo). Esta fase tiene por objeto también determinar un intervalo apropiado de las dosis y/o esquemas terapéuticos y, si es posible, identificar la relación dosis/respuesta, a fin de proporcionar las mejores premisas para planificar estudios terapéuticos más extensos.

c) Fase III

Estudios en grupos de pacientes más numerosos (y posiblemente diversificados) a fin de determinar la relación seguridad/eficacia a corto y

[673] Cfr. Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, n. 139 del 15.6.92, p. 13.

a la largo plazo de las formulaciones del principio activo, así como evaluar su valor terapéutico absoluto y relativo. Se deben investigar la forma de proceder y las características de las reacciones más frecuentes adversas, así como analizar las características específicas del producto (por ejemplo, interacciones clínicamente relevantes entre fármacos, los factores, como la edad, que inducen diferentes respuestas, etcétera). El programa experimental debería ser de preferencia a doble ciego aleatorio, pero otros diseños pueden ser aceptablas, por ejemplo, en el caso de estudios a largo plazo sobre lasegu-ridad. Generalmente las condiciones de los estudios deberían ser lo más semejantes posible a las condiciones normales de uso.

d) Fase IV

Estudios llevados a cabo después de la comercialización del(os) producto(s) medicinal(es), aunque sobre la definición de esta fase no se está totalmente de acuerdo. Los estudios de la fase iv se efectúan con base en las informaciones contenidas en el resumen de las características del producto referente a la autorización para ponerlo a la venta (por ejemplo, farmacovi-gilancia o evaluación del valor terapéutico). Según los casos, los estudios de la fase IV requieren condiciones experimentales (que incluyen por lo menos un protocolo) semejantes a las arriba descritas para los estudios previos a su comercialización. Después de que un producto ha sido puesto a la venta, los estudios clínicos dirigidos a indagar, por ejemplo, nuevas indicaciones, nuevas vías de administración o nuevas asociaciones, se han de considerar como estudios sobre nuevos productos medicinales».

El experimento finaliza de hecho cuando el conocimiento sobre todos los aspectos citados ha llegado a tal punto que las diferencias de los resultados a corto y largo plazo, si llegaran a presentarse, serían insignificantes estadísticamente hablando.

---

[529]

Terminada esta fase de la experimentación «objetiva» del fármaco, tiene inicio la experimentación «subjetiva» (o mejor dicho, el aprendizaje) de quien debe conocer las propiedades, las dosis y las modalidades de empleo. Dada la relación de con-fiabilidad y competencia entre profesionales y la documentación relativa al fármaco mismo, esta fase no resulta difícil ni tampoco es como para que cada médico vuelva a hacer todo el recorrido de la experimentación llevado ya a cabo por quien hizo el experimento de convalidación.

Está claro, de todos modos, que la posición y el grado de responsabilidad ética y jurídica de quien efectúa el experimento para la primera convalidación del fármaco, difieren grandemente de la posición y el grado de responsabilidad de quien prescribe un fármaco ya de uso generalizado. En este segundo caso la responsabilidad es igual que la común a todas las demás actividades profesionales y terapéuticas.

El nivel de responsabilidad ético-jurídica que debemos analizar ahora es el de aquel que lleva a cabo la experimentación con un carácter innovador.

Pero antes de entrar en el contexto jurídico y ético, debemos hacer otras distinciones fundamentales.

La primera es la ya citada entre experimentación de laboratorio, en el animal y en el hombre. El paso a la experimentación en el hombre debe ir precedido y motivado por la obtención de todos los elementos posibles de certeza técnica, de manera que el paso al hombre carezca de riesgos, en cuanto que éstos se pueden prever en laboratorio.

Por otro lado, el paso al hombre representará siempre una novedad, y comportará inevitablemente un riesgo particular a costa del sujeto humano. El problema ético se plantea precisamente en este momento y consiste en establecer los valores involucrados y las condiciones para afrontar con el mínimo de riesgo las diversas fases de la experimentación[674].

En el ámbito de la experimentación humana, puesto que el factor de riesgo es el elemento discriminante, se deberá distinguir entre experimentación en personas enfermas, en voluntarios sanos, en uno mismo, en detenidos o presos y en condenados a muerte. En el caso de la aplicación ai enfermo, se distingue también entre experimentación con una finalidad terapéutica —esto es, hecha con intención de curar al paciente mismo—, y la experimentación clínica pura, hecha simplemente con intención de comprobar los dinamismos del fármaco (o de una técnica quirúrgica).

[530]

Estos diversos casos tienen su historia, dando lugar a leyes y pronunciamientos sobre los que es oportuno detenerse brevemente.

Historia, práctica y legislación[675]

Experimentación en uno mismo. Se recuerdan gestos de altruismo como los de Eu-sebio Valli quien, en el siglo pasado, se inyectó una mezcla de pus de viruela y de la peste; de Lazzaro Spallanzani, que por aquellos mismos años ingirió repetidamente alimentos preparados en diversas formas para estudiar el mecanismo de la digestión; o de Parker, que contrae voluntariamente unas fiebres y muere por ello; o Desgenettes, que se inocula el contenido de un bubón pestilencial; o de Pettenkoffer, que ingiere bacilos del cólera; o, finalmente, de Lindermann,

---

[674] PERICO G , VOZ Sperimentazione ciinica, en Dizionario Enciclopédico..., pp. 1025-1034; Fioro A., La sperimentazione sull'uomo pone graui interrogatíui, «Orizzonte Medico» (Roma), julio-agosto 1971, p. 2; VALSECCHI A., Principi etici generali sulla sperimentazione clínica, en Medicina e Morale, Orizzonte Medico, Roma 1970, pp. 27 ss.; PERICO G., A di/esa della vita, Milán 1965, pp. 203 ss.; AA. VV., L'éxpérimentation humaine, «Cahiers Laénnec», marzo-junio 1952.

[675]Sobre estos datos, véase PERICO, VOZ Sperimentazione...

que se inyecta espirochetas para contraer la sífilis. Y se recuerda también el cateterismo cardiaco que experimentó por primera vez en sí mismo el joven médico Verner Forssman.

Experimentación en sujetos voluntarios. En general, fueron los primeros profesores de medicina y los investigadores en el campo farmacológico, y sus familiares. Se recuerda el descubrimiento de la adrenalina como consecuencia de los experimentos que George Oüver hizo en su hijo, quien había accedido a ello. Un alumno del profesor Danis acepta someterse a la transfusión de sangre de cordero. Y se llevan a cabo muchos experimentos más para investigar la sífilis, la gonorrea, etcétera, en voluntarios que quedaron en el anonimato.

Experimentos en condenados a muerte. Herófilo, médico del siglo V antes de Cristo, practicaba la vivisección en seres humanos condenados a muerte para estudiar la anatomía y la fisiología del cuerpo. En el Renacimiento, de cuando en cuando se tiene noticia de que, con autorización de las autoridades, se utilizaban condenados a muerte para estudiar ciertas enfermedades (Luis XI permite la utilización de condenados para estudiar el «mal de piedra». Leonardo Fioravanti estudia el contagio y los síntomas de la peste en condenados a muerte, a los que antes trata de dormir), pero se sabe que incluso en tiempos recientes se han llevado a cabo en algunos países experimentos y tratamientos de alto riesgo en condenados, que accedían a ello con la esperanza de que tal vez se les conmutara la pena.

En prisioneros, en los campos de concentración nazis. Según las actas del proceso de Nuremberg, presos judíos, polacos, rusos o italianos fueron sometidos a crueles experimentos de medicamentos, gases y venenos. Muchos de estos experimentos comportaban la muerte entre atroces dolores; experimentos mortales se hicieron con cámaras de descompresión para estudiar los efectos del vuelo a gran altura; otros estudios llevados a cabo para estudiar los efectos de la congelación,

[531]

se efectuaron en prisioneros sometidos —vestidos o desnudos— a temperaturas polares producidas artificialmente. En los campos de prisioneros alemanes se hacían quemaduras con hiprita. Y se habla también de experimentos de resecciones de huesos, músculos, nervios; inyecciones de vacunas, de supuestos sueros contra el cáncer, de hormonas, etcétera. Todo ello, motivado por una supuesta supremacía de la ciencia, tras la cual se escondía sólo una razón de Estado.

Por todo lo que llevamos dicho se entiende que las circunstancias históricas de los últimos decenios, y especialmente los experimentos nazis, pudieran determinar la aparición de normativas en el campo internacional y nacional. A nivel internacional, con el vigor normativo propio de cada una de estas actas, recordamos los textos más importantes.

a) La Declaración de Helsinki — El órgano que la emitió fue la Asociación Médica Mundial, y por consiguiente la fuerza normativa es de tipo deontológico; fue adoptada en junio de 1964 con el título «Recomendaciones para la guía de los médicos en la investigación clínica», revisada y completada en la 29ª Asamblea de la misma Asociación celebrada en Tokio en 1975, retocada en Trieste en el curso de la 35ª Asamblea en 1983, y finalmente, en Hong Kong, en 1989, en la 41ª Asamblea.

El texto distingue entre la experimentación terapéutica y la no terapéutica (preámbulo); prescribe que la experimentación en el hombre esté precedida por análisis de laboratorio y por experimentos en animales; que la experimentación sea llevada a cabo por una persona preparada científicamente y bajo vigilancia de otra u otras personas competentes en medicina; exige que haya una proporción entre los fines y el riesgo de la investigación; requiere la evaluación previa entre los riesgos y los beneficios para el sujeto en el que se efectúa la experimentación y para los demás destinatarios; se requiere, igualmente, una atención particular en aquellos experimentos que puedan alterar la personalidad del sujeto (parte general). El documento pasa luego a hablar de la experimentación terapéutica: el médico puede «asocian un experimento a la medicina curativa de un enfermo, en la medida en que esa experimentación esté justificada para la salud del paciente mismo. Hablando de la experimentación no terapéutica —definida como «experiencia científica emprendida en el hombre en función del médico en cuanto tal», confirma que el médico sigue siendo el protector de la vida y de la salud del sujeto sometido a la experimentación; obliga a declarar la naturaleza, los fines y los riesgos de la experimentación, y exige el consentimiento libre e informado del sujeto mismo. El sujeto debe encontrarse en un estado físico, mental y jurídico en el que sea capaz de dar su libre consentimiento, el cual se debe manifestar normalmente por escrito; la

[532]

responsabilidad del experimento sigue siendo del hombre de ciencia, y debe estar garantizada la posibilidad de suspender el experimento en cualquier momento[676]. También quienes llevan a cabo el experimento deben suspenderlo si en cualquier momento se presentasen condiciones que expusieran al sujeto a algún tipo de daño.

b) Directrices comunitarias de la CEE —Están constituidas ante todo por dos «Directrices»: una del 26.1.1965, n. 65; la otra del 20.5.1975, n. 318.

La segunda reviste particular importancia, pues en ella se enumeran las condiciones para poner a la venta nuevos medicamentos, exponiendo detalladamente las pruebas físico-químicas, biológicas y

[676] Ibidem; TORRELLI, Le médecin et les droits…

microbiológicas, toxico-lógicas, farmacodinámicas y clínicas que deben ser documentadas y llevadas a cabo antes de que se conceda la licencia. Se dan también prescripciones sobre las investigaciones de laboratorio y en el animal que hay que hacer antes de las investigaciones clínicas en el hombre, y siempre bajo control.

En 1975, una ulterior directriz de la CEE, la n. 319, precisaba el procedimiento que había que observar para poner a la venta las medicinas e instituía un Comité para las especialidades médicas. La CEE intervenía una vez más sobre las sustancias colorantes, con las directrices n. 25 de 1978 y la n. 420 del 20 de mayo de 1978, modificando algunos procedimientos.

Sucesivamente la Comisión de la CEE, con fecha de 28 de noviembre de 1980, presentaba dos propuestas al Consejo de la Comunidad para homologar las legislaciones nacionales: una propuesta de «directriz» enca-Tninada a modificar las precedentes y una propuesta de «recomendación en materia de experimentación de las especialidades medicinales», a fin de ponerlas a la venta. Todo ello se presentaba para superar las diferencias resistentes entre los diferentes Estados al expedir las autorizaciones y para la homologación de las mismas en el ámbito europeo. Las modificaciones afectaban a puntos importantes también para la «experimentación asociada» y para la experimentación con sustancias cancerígenas.

Estas últimas propuestas, sin embargo, no fueron aprobadas al no obtener la mayoría.

La necesidad de desarrollar lo más pronto posible en Europa algunos lineamientos para la experimentación de los nuevos productos farmacéuticos, en analogía con lo que existía ya en Estados Unidos, indujo, sin embargo, a las mismas industrias farmacéuticas a hacerse promotoras de un grupo de trabajo que elaborase algunos lineamientos implicando sucesivamente a la misma CEE. Tales lineamientos debían lograr los siguientes objetivos: armonizar los requisitos para la realización de los ensayos en los diversos centros de investigación que hay en Europa, uniformándolos con

---

[533]

los internacionales; acreditar los ensayos mismos a fin de no tenerlos que repetir en los diversos países donde se solicitara el registro del fármaco; asegurar el más alto estándar ético para proteger a los sujetos de experimentación y garantizar, en general, un alto nivel científico.

Cada uno de los Estados miembros designó a un delegado para participar en los trabajos del Working Party on Efficacy of Drugs, uno de los grupos de estudio constituidos por el Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP) encargado de elaborar el documento. De esta manera, en 1985 se comenzó un primer borrador de la Good clinical practice for triáis on medical producís in the European Community (GCP) —esto es, «Normas de buena práctica clínica» para a establecer los

principios estándar en la ejecución de los ensayos de experimentación sobre sujetos humanos de nuevos productos farmacéuticos—, que se completó en 1988. A partir de entonces se han sucedido cerca de siete revisiones del texto, el cual vio finalmente la luz en su forma definitiva el 11 de julio de 1990. El documento mismo se convirtió en la Directriz n. 91/507/CEE y recientemente, como decíamos, fue aprobado en Italia con el decreto Ministerial de 27 de abril de 1992.

Las GCP, que deben ser leídas e interpretadas a la luz de las anteriores directrices de la CEE sobre el tema, están destinadas —como se lee en el preámbulo al documento mismo— principalmente a las industrias farmacéuticas que programan la experimentación de nuevos productos, pero de "hecho involucran a todos los que forman parte de la producción de los datos clínicos que servirán luego para el registro y la venta del medicamento. Están, pues, directamente interesados en ello los médicos y los investigadores que administran el fármaco así como todo el personal que directa o indirectamente colabora en cada una de las fases de la experimentación[677].

c) En cuanto a las indicaciones de la legislación italiana al respecto, ésta registra una larga serie de sucesivas intervenciones, empezando por la ley del 8 de julio de 1904 hasta la institución del Servicio Sanitario Nacional por la ley n. 833 del 23 de diciembre de 1978; pero omitimos entrar en detalles, por estar todavía en proceso de revisión.

Los valores éticos de referencia

Antes de pasar a la valoración específica de cada caso en particular, es oportuno recordar algunos valores y principios fundamentales que vuelven a presentarse aquí, como en otros campos de aplicación de la medicina.

---

[534]

Los valores implicados en este campo son, por orden jerárquico, los siguientes: la defensa de la vida y de la persona; la legitimidad del principio terapéutico, y el tema social vinculado con el progreso de la ciencia.

La intangibüidad y no disponibilidad de la persona

La primacía de la persona es el eje central de toda la ética. Ya hemos recordado en varias ocasiones que la persona es el valor «trascendente» respecto de toda la realidad creada; e incluso para quien no profesa la fe cristiana representa un valor no instrumental ni

[677] Para una información general sobre las GCP, véase SPAGNOLO A.G., «Norme di buona pratica clinica». Il documento della Comunità Europea sulla sperimentazione di nuovi prodotti farmaceutici, «Medicina e Morale», 1991, 2, pp. 201-227.

instrumentable. Pero quien además logra distinguir en la persona la imagen del Creador, el sujeto que es hecho partícipe por Cristo de la misma vida divina, comprende aún más claramente esta primacía del valor persona.

Mas no es suficiente con afirmar esto, porque alguien podría diferenciar entre vida física y vida personal. Esta supuesta distinción la hemos encontrado ya a propósito del aborto, y la volveremos a encontrar al tratar de la eutanasia. Se está a favor de la defensa de la vida, pero cuando es una vida personalizada, cuando es digna de la persona. Aquí tenemos que ser claros: la persona humana no existe sin vida física en su concreción terrena; aunque agote la totalidad de la vida personal, la vida física es el fundamento de la vida personal. Por esto, cualquier ofensa a la vida física (o su supresión) es una ofensa a la persona. El cuerpo es coesen-cial a la persona y la vida del cuerpo debe ser defendida como primera labor de cualquier hombre; la intangibüidad de la vida y la defensa de su integridad constituyen el primer deber y el primer derecho. Con esto no queremos decir que la vida física en el hombre sea el valor exhaustivo de la globalidad de la persona: ciertas exigencias morales superiores o ciertos valores religiosos pueden requerir poner en peligro incluso la propia vida (se trata de exponer al riesgo, no de quitarse directamente la vida). Pero la vida física representa el valor fundamental, porque en ella se «fundamentan» todo el desenvolvimiento posterior de la persona y todas las demás posibilidades de crecimiento y de libertad.

Por lo que se refiere a la experimentación clínica, este valor primario motiva las medidas de seguridad y las garantías de inocuidad requeridas en la fase de investigación, significando al propio tiempo una condena decidida de todos los abusos y los crímenes, por ejemplo los de los nazis.

La legitimidad del principio terapéutico

Otro valor sobre el que se orienta la valoración ética de todo lo que venimos tratando, es el que se refiere a la enunciación del principio de totalidad o principio terapéutico. Para defender, justamente, la vida física como valor fundamental de

---

[535]

la persona, es legítimo arrostrar el sacrificio de una parte del organismo a fin de salvar a la totalidad del mismo. En capítulos anteriores hemos tratado ya de los límites y aplicaciones de este principio; aquí habrá que decir que en la aplicación del fármaco es inevitable y justificable un mínimo de riesgo balanceado entre riesgos y beneficios para la integridad física del sujeto en el que se lleva a cabo la experimentación. En el ámbito de este principio,

«una sabia administración exige, sin embargo, que el daño infligido al organismo [...] sea un mal menor que el que se ha querido evitar con semejante sacrificio. En caso contrario, se caería en el absurdo de que, para evitar un mal, se cayera en otro mayor»[678].

Está claro que al enunciar tales limitaciones, la investigación científica puede experimentar cierta lentitud; pero «va contra todo sentido común que se violen valores fundamentales humanos para curar al hombre»[679]; y va contra la moral racional que se haga el mal para obtener en bien. Así se configura el principio del riesgo proporcionado.

Interés social y avances científicos

En el ámbito de este principio del sacrificio particular para lograr un bien mayor, entra el principio o valor de la solidaridad social. En virtud de este principio es lícito pedir a alguien en particular (salvando siempre cuanto hemos dicho sobre los dos valores precedentes que hay que salvaguardar) una cuota de sacrificio o de riesgo por el bien de toda la sociedad de la que se es miembro. Hay que entender bien este principio para no caer en la concepción colectivista de la sanidad. No se puede aplicar el concepto de «parte» y de «todo» respectivamente a la persona aislada y a la sociedad: en la persona en particular radica el valor global y el motivo fundamental de la existencia misma de la sociedad[680]. Salvo el caso de legítima defensa, nunca se puede exponer a peligro de muerte al individuo en beneficio de la sociedad. Por esto debemos poner límites bien claros a este principio social, que son dos en particular:

— La sociedad (o la autoridad o el investigador) no puede pedir a un sujeto que corra un riesgo mayor que aquel que ese sujeto en particular se exigiría a sí mismo. La medicina, o el médico, no tiene un coeficiente de disponibilidad sobre la vida del paciente mayor que el que el paciente mismo

---

[536]

posee. Como el sujeto en su comportamiento moral deberá respetar en sí el orden de los valores así el médico deberá actuar con el paciente; la supervivencia, la integridad sustancial (mental y física), la moralidad personal y familiar son factores y valores superiores al valor de la salud-curación. La medicina opera y existe para salvaguardar estos valores y no para menoscabarlos.

— Puesto que el investigador-médico opera sobre la persona ajena, respetando siempre esos límites objetivos anteriormente enumerados, deberá además obtener previamente el consentimiento informado.

[678] PERICO, Sperimentazione..., p. 1028.
[679] Ibidem.
[680] Este concepto lo aclara MARITAIN, / diritti dell'uomo..., p. 8.

Invocar, como hacen algunos, el llamado «principio teleológico» para justificar experimentos nocivos o inmorales en seres humanos en vista del progreso científico o del bien social, sería volver a introducir con otros pretextos las falsas justificaciones que llevaron a los crímenes de los campos de concentración de la última guerra mundial y subvertir la relación persona-sociedad.

A la luz de estos principios se comprende lo que declaraba Pío XII:

«La investigación médica tratará de ejercerse sobre su objeto inmediato, el hombre viviente, en interés de la ciencia, en interés del enfermo y en interés de la comunidad. Esto no debe ser condenado sin más, con tal que nos detengamos en los límites trazados por los principios morales»[681].

Por esto hay que añadir que el bien de la ciencia tampoco hay que entenderlo en sentido absoluto, sino relativo. La ciencia es del hombre y para el hombre, y no puede exigir sacrificios ni imponer violaciones al hombre más allá de cuanto el bien mismo de la persona humana, rectamente entendido, puede requerir por parte de cada individuo.

De igual manera la autoridad del Estado no podrá sobrepasar los límites establecidos por los principios anteriores ni siquiera en nombre de un presunto

---

[537]

bien de las personas en particular, dictando normas claras en materia de investigación farmacológica para proteger a la persona humana. Pero ya sabemos cuan fácil es saltarse las barreras que impone la moral personalista bien por el ansia del investigador, o por la lógica económica de las industrias farmacéuticas[682].

Las indicaciones que surgen de los valores éticos citados se pueden esquematizar de la siguiente manera:

---

681 Pió XII, Discurso al I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso (4.9.1952), en Discorsi e Radiomessaggi, xiv, Tipografía Políglota Vaticana, 1961, pp. 317-330. En materia de experimentación en el hombre constituye un importante punto de referencia la enseñanza pontificia, sobre todo de Fio XII y Juan Pablo II. Véase en especial: Pío XII, Discurso a la XVI Sesión de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar (19.10.1953), ibi, xv, 1969, pp. 415-428; ID., Discurso a los participantes en la VIH Asamblea de la Asociación Médica Mundial (30.9.1954), ibi, xvi, 1969, pp. 167-179; PABLO VI, Discurso al XI Congreso Nacional de la Sociedad Italiana de Patología (31.10.1968), en Insegnamenti di Paolo VI, Tipografía Poliglota Vaticana, vil, 1970, pp. 717-720; JUAN PABLO II, Discurso a los participantes en dos Congresos de Medicina y Cirugía (27.10.1980), en Insegnamenti di Giovanni Paolo II, m, 2, pp. 1005-1010; ID., Discurso al XV Congreso de los Médicos Católicos (3.10.1982), ibi, 3, 1983, pp. 889-898; ID., Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias (23.10.1982), ibi, 3, pp. 669-677; ID., Discurso a la I Reunión Médica del Movimiento por la Vida, el 3.12.1982, ibi, 3, pp. 1509-1513. Hemos hecho un amplio análisis de estos documentos en Etica della sperimentazione del fármaco, «Dolentium Hominum», 1987, 4, pp. 60-75, artículo al que remitimos.

682 GISMONDI G., Critica ed etica nella ricerca scientifica, Roma 1978; Au. Vu., Manipolazione e futuro deU'uomo, Bolonia 1972.

a) al ser la experimentación clínica de los medicamentos un medio necesario para luchar contra la enfermedad, si es llevada a cabo de modo correcto y en las condiciones moralmente aceptables, no sólo es lícita, sino que constituye un servicio al hombre y participa de la bondad y del valor de la ciencia;

b) es deber concreto del Estado y de la comunidad alentar, financiar y regular la investigación científica para alivio de la humanidad doliente y para impedir abusos y ganancias con detrimento de los individuos y de la comunidad.

Recortar los fondos de la investigación científica es tan grave como dejar de alimentar a los niños o administrar medicinas a los enfermos. Dejar de reglamentar este sector significaría fomentar el sometimiento de la ciencia a las utilidades y traicionar las expectativas de los enfermos;

c) la fase preclínica de la experimentación deberá efectuarse con mucho cuidado, de modo que se adquiera el máximo de conocimientos válidos y se minimice el riesgo en la fase de aplicación en el hombre. Desde este punto de vista, la experimentación en animales, aun respetando debidamente las normas protectoras, no debería estar tan condicionada por la ley como para representar un aumento de riesgo en la fase de aplicación en el hombre;

d) la experimentación la deberán llevar a cabo personas competentes, controladas a su vez por personal' clínico igualmente competente y consciente;

e) la fase clínica de la experimentación, tanto la terapéutica como la no terapéutica, deberá presentar un coeficiente de riesgo proporcionado a la finalidad que se busca, y garantizar la integridad del sujeto en el que se lleva a cabo la experimentación. Las pruebas mismas deberían suspenderse en cuanto se advierta que no existen ya esa proporción y garantía. El cociente de riesgo debe evaluarse incluso cuando se trata de voluntarios o cuando es el médico el que lleva a cabo el experimento en sí mismo;

f) el consentimiento informado es absolutamente necesario cuando se trata de una experimentación no terapéutica, cuyos fines y beneficios no afectan

---

[538]

inmediatamente al sujeto en el que se hace la experimentación. Por tanto, hay que excluir de este tipo de experimentación a todos aquellos individuos incapaces de dar un consentimiento plenamente libre y consciente. Acerca del consentimiento informado en medicina y, especialmente, en orden a la experimentación, hay que insistir en que, cuando se solicite, sea verdaderamente informado, es decir, basado en una notificación completa, comprensible y de la que se esté seguro que se ha captado adecuadamente. Y sobre todo ha de ser verdaderamente libre, para lo cual ha de proceder de personas que no tengan forma

alguna de dependencia moral o de coacción física (niños, presos, condenados a muerte, etcétera).

Este consentimiento informado se solicita también normalmente respecto de la experimentación terapéutica, y puede suponerse u omitirse cuando por razones muy graves de salvaguardia de la vida del paciente, urge aplicar un fármaco experimental en un intento extremo por salvar la vida de un paciente en el que han fallado todos los demás medios terapéuticos; o bien cuando la solicitud del consentimiento informado obligaría a dar al paciente informaciones sobre el estado de su enfermedad que podrían inducirle a perjudicarse a sí mismo (enfermos de cáncer). Más adelante nos referiremos en particular al caso del consentimiento para la experimentación en menores de edad.

Valoración ética y casos concretos

Ahora vamos a diferenciar la casuística compleja, relacionándola incluso con lo que tanto la legislación nacional italiana como la internacional han previsto al respecto.

1. Está ante todo el caso, más frecuente, de la experimentación en e¡ enfermo. Esta experimentación puede hacerse en sentido terapéutico, en sentido de ¡a mera experimentación pura y en sentido de una experimentación asociada.

Analicemos el caso en que se utiliza un medicamento porque —una vez justificado desde el punto de vista terapéutico, y habiendo recibido ya las garantías sobre su inocuidad a nivel de experimentación básica y de laboratorio, y obtenido el permiso para ser utilizado en el hombre— requiere todavía de una convalidación clínica y de ulteriores comprobaciones. En este caso el médico puede emplear el fármaco en el paciente con su consentimiento específico; o bien, si no puede darlo, con el consentimiento de los familiares o del tutor.

Si el empleo del fármaco no se hiciera para el bien del paciente principalmente, sino para la convalidación misma del medicamento o en provecho del investigador, su empleo en el enfermo no sólo deberá ir precedido de las comprobaciones de

---

[539]

inocuidad y de los permisos de utilización en el hombre, sino que deberá recibir el consentimiento informado y explícito del paciente.

Si se diera el caso en que el empleo de un método o de un fármaco, aún no convalidado, representara la última oportunidad en un intento extremo por salvar una vida que de otro modo se perdería irremediablemente, en ese caso el carácter experimental vendría a coincidir con el terapéutico, pues el medicamento representaría la única terapia posible. Y entonces, si el consentimiento no pudiera ser recabado del paciente mismo, de sus familiares o del tutor, puede ser considerado

implícita y tácitamente concedido en la voluntad general del paciente y de los familiares de hacer todo lo posible para no perder esa vida.

Esta fue la justificación, por ejemplo, cuando Pasteur aplicó la vacuna experimental contra la rabia en un muchacho que de otro modo no se habría podido recuperar. Pío XII afirma a este propósito:

«En los casos desesperados, cuando el enfermo está perdido si no se interviene, si existe un medicamento, un medio, una operación que, aunque no se excluya totalmente el peligro, tiene aún alguna posibilidad de éxito, los espíritus rectos y reflexivos admiten sin ambages que el médico puede, con el consentimiento explícito o tácito del paciente, proceder a la aplicación de un tratamiento semejante»[683].

Las leyes de respeto de la inviolabilidad de la persona y de su no disponibilidad no cambian cuando se trata de una persona discapacitada o de un enfermo mental o moribundo (veremos también el caso de los fetos): puesto que éstos son incapa-cesdedarsu consentimiento, no pueden ser sometidos a experimentos que requieran el consentimiento informado. Por consiguiente, en quienes son incapaces de consentimiento sólo se puede efectuar ¡a experimentación terapéutica.

2. La experimentación en personas voluntarias y sanas. El principio de la solidaridad social, que hemos intentado explicar anteriormente, se aplica a este propósito legitimando la experimentación en el voluntario sano, pero con unas condiciones precisas.

La primera es que el consentimiento sea libre, informado y explícito. Al tratarse de una persona sana, no hay lugar a suponer el consentimiento. Sigue siendo de dudosa moralidad el experimentar en personas dependientes por su trabajo o su función del experimentador, por suponerse que pueden verse forzados moralmente a darlo.

El riesgo al que es sometido el voluntario no puede y no debe superar en cualquier caso la barrera de la vida y de la integridad sustancial. Este es el límite de disponibilidad que el sujeto tiene también respecto de sí mismo.

---

[540]

Incluso más acá de este límite está siempre en vigor la ley de proporcionalidad entre riesgo y beneficio, por lo que se han de excluir las investigaciones por pura curiosidad.

El experto debe ser capaz de interrumpir la experimentación en cualquier momento, sea si se llegara a retirar el consentimiento o si se presentaran riesgos imprevistos; por lo que al organizar el experimento se tienen que prever los instrumentos para detenerlo en cualquiera de los estadios.

Se ha de excluir, igualmente, de entre las circunstancias de la experimentación cualquiera que pueda resultar degradante o inmoral, y

[683]**Pío XII,** Discurso a los participantes en la **VIH** Asamblea…

toda intención deshonesta, esté o no de acuerdo en ella el sujeto sometido a experimentación[684].

3. La experimentación en uno mismo. La buena fe de querer hacer un acto heroico en beneficio de la ciencia, o la sed de reconocimiento social, no modifican en el plano objetivo la valoración moral de la experimentación en uno mismo. Por esto, también en este campo siguen existiendo las mismas limitaciones y condiciones que expusimos respecto de los sujetos voluntarios sanos.

Habrá que añadir que cuando se experimenta en uno mismo, la ley debería prever la presencia de otra persona capaz de detener el experimento en caso de riesgos imprevistos o, en todo caso, graves.

4. La experimentación en presos. Los límites objetivos de la vida y de la integridad sustancial valen, en cualquier caso, también para los presos. Se puede admitir el ofrecimiento para la experimentación voluntaria, dentro de los límites expuestos anteriormente, incluso cuando pueda haber condonación de una pena, siempre y cuando el consentimiento esté bien informado y sin engaños de ningún tipo. Pero son de todo punto reprobables ciertos experimentos llevados a cabo en Estados Unidos, para comprobar los efectos de sustancias cancerígenas o de otras sustancias peligrosas o dolorosas, ni siquiera en prisioneros de guerra o en presos. En el caso del condenado a muerte (en los países donde la pena de muerte sigue vigente) algunos justifican, con el consentimiento del condenado', experimentaciones no seguras y que entrañan peligro de muerte: se dice que se trataría de una especie de sustitución de la pena (morir eventualmente con el fármaco, en vez de en la silla eléctrica, por ejemplo), agregando que, de todos modos, tales experimentos
no deberían comportar un dolor añadido o tratamientos degradantes. Pero la hipótesis de someter a experimentos a los condenados a la pena capital no tiene en cuenta, a mi juicio, el que en tales circunstancias es imposible dar un consentimiento libre e informado. Sin embargo, y aunque dicha hipótesis no fue tomada

---

[541]
en consideración en el Documento de Helsinki precisamente por la dificultad de llegar a un acuerdo a este propósito, en ese documento se dice, no obstante, que el «sujeto sometido a experimentación debe estar en un estado físico, mental y jurídico tal, que pueda ejercer libremente su facultad de elección».

5. Experimentación en niños y en menores de edad. Al enunciar los principios generales, dejamos claro ya que estos sujetos se cuentan

[684] Para profundizar en los aspectos éticos de la experimentación en el sujeto voluntario, véase MORDACCI R, Disponibilitá e disposizione. Riflessioni etiche sulla partecipazione di volontari sani alia ricerca biomedica, «Medicina e morale», 1991, 4, pp. 585-611; TIRABOSCHI P., SPAGNOLI A., Le indagini sull'uomo sano, «Federazione Medica», 1991, xuv, pp. 27-30.

entre los que no están habilitados ni son capaces de dar un consentimiento válido; y que, por tanto, la experimentación sobre ellos sólo puede definirse como lícita si se hace con una finalidad terapéutica, en beneficio de los sujetos mismos considerados en particular, y contando además con el consentimiento de sus padres o representantes legales.

En estos últimos tiempos, sin embargo, la prensa médica propone respuestas más articuladas. Ante todo, se distingue entre capacidad mental real y capacidad jurídica para dar un consentimiento informado, pues en relación con el consentimiento, no es lo mismo un niño de cinco años que un muchacho de quince, el cual puede incluso contraer matrimonio.

Se recuerda, además, que existen experimentaciones cuyo riesgo es casi nulo, como, por ejemplo, la obtención de algunos centímetros de sangre para el análisis clínico, a fin de evidenciar las diferencias en los individuos enfermos, al compararla con la de sujetos sanos. Por esto, según algunos autores, no debería considerarse sólo el hecho de la edad, sino también el del riesgo: una cosa es la experimentación en dermatología de un fármaco que podría provocar la caída del cabello de manera irrecuperable, y otra la obtención de la muestra de la que hablábamos, aunque esté también dirigida a una experimentación.

Algunos hacen aquí una consideración en sentido utilitarista o «teleológico», basada en los grandes beneficios que han aportado ciertos experimentos, en sí ilícitos, para la curación de enfermedades que no se podían atacar con los medicamentos entonces conocidos, como ocurrió con la vacuna de Salk que, tras ser experimentada en niños, permitió acabar con la poliomielitis.

Finalmente, se subraya la posibilidad de integración («identificación») del consentimiento de los padres o de los representantes legítimos con el consentimiento explícito del menor en uso de razón: siendo éste capaz de tener un acto de generosidad, si se le instruye puede aceptar también un pacto de altruismo que comporte cierto riesgo[685].

La Declaración de Helsinki, actualizada por la Asociación Médica Mundial, se expresa al respecto con una fórmula no del todo explícita, pero que es de todos modos posibilista, aunque ponga algunas condiciones:

---

[542]

«En caso de incapacidad legal, y especialmente cuando se trata de un menor, el consentimiento deberá ser solicitado al representante legal, teniendo en cuenta las legislaciones nacionales. En el caso en que una incapacidad física o mental imposibilite obtener un consentimiento

[685] REDMON R.B.„ HOW children can be respected as «ends» yet still be used as subjects in non-therapic research, «J. Med. Ethics», 1986, 12, pp. 77-82.

informado, la autorización de los familiares cercanos responsables sustituye, con las mismas reservas, a la del sujeto. Pero si el menor es capaz de dar su consentimiento, éste se habrá de obtener también, además del de los representantes legales»[686].

Consideramos que, en el caso de sujetos que no tengan capacidad real de consentimiento, propia de cuantos no tienen aún, o no podrán volver a tener, uso de razón, son moralmente inadmisibles las experimentaciones no terapéuticas. En esta hipótesis, se podría tomar en consideración el caso del uso de un medicamento experimental sólo si representara la última oportunidad al intentar salvar la vida del menor, que no podría ser salvada con los medicamentos conocidos. En tal caso, se trataría más propiamente de experimentación terapéutica, por más que de ello pudieran derivarse, afortunadamente, datos valiosos para la ciencia y la sociedad en caso de resultado positivo[687].

En cambio, si se tratara de una incapacidad jurídica, pero con la capacidad real de dar un consentimiento libre e informado, éste —reforzado con el de los representantes legales— podría ser considerado válido para la experimentación no terapéutica, con tal que no hubieran riesgos relevantes ni para la vida ni para la integridad física[688]. La existencia de estas condiciones debería ser rigurosamente controlada por un Comité Etico.

El hecho, además, de que el sujeto menor —en realidad o incluso jurídicamente incapaz de consentimiento— esté abocado a una muerte segura determinada por la enfermedad, no cambia ni la naturaleza ni la medida de su protección moral.

6. La experimentación mediante ensayos clínicos al azar. Se sabe que e! decurso de la experimentación exige las más de las veces, para la verificación de los efectos de un fármaco determinado, el método del control entre dos grupos de pacientes a los que se les administran dos tipos de medicamentos (el experimental y el estándar); o bien, entre un grupo al que se administra el fármaco experimental y otro grupo al que no se le administra. Puesto que la selección de los sujetos de uno y otro grupo se hace a menudo al azar (at random), se habla de ensayos clínicos con el método aleatorio.

Para lograr que los sujetos de experimentación no sepan a cuál de los dos grupos pertenecen, para evitar el componente del factor psicológico (expectativa

---

[543]

de un efecto), se administra un placebo al grupo «testigo», es decir, una sustancia neutra que se sabe que no produce efecto alguno en el organismo[689].

---

[686] ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, Declaración de Helsinki, I, 11.
[687] Pío **XII,** Discurso a los participantes en la VUi Asamblea...
[688] REDMON, How children..., p. 80.
[689] BOCK S., L'etica della somministrazione di placebo, «Le Scienze», 1975, 78, pp. 11-

A veces, y también por posibles influencias subjetivas, esta administración la desconocen, además de los sujetos en los que se lleva a cabo el experimento, algunos de los que llevan a cabo la experimentación (que administran los medicamentos y recogen los datos relativos a los efectos), también por la misma posibilidad de influencias subjetivas: sólo quien controla toda la ejecución de la experimentación sabe que efectivamente se ha administrado el fármaco y el placebo. En estas condiciones se habla de experimentación «de doble ciego».

En el empleo de estos métodos (de aleatoriedad, placebo, doble ciego) pueden surgir problemas éticos dentro de los problemas técnicos. Sintetizando se pueden dar las siguientes indicaciones[690]:

a) cuando se proceda a la experimentación de un nuevo fármaco para una investigación no terapéutica en enfermos ya en tratamiento, es éticamente obligado estar seguro de que la suspensión de la terapia ordinaria no va a exponer a daño o a riesgo alguno la salud o la vida de los pacientes. Además, es necesario solicitar el consentimiento de los sujetos incluso cuando se tenga que aplicar el método del doble ciego, aunque sea limitándose al hecho de la experimentación y al método que se emplea. Si esto no se puede proponer (por el rechazo a someterse a la experimentación en tales condiciones, por el fuerte componente emotivo de los sujetos), todos estos métodos resultan inadmisibles éticamente. El engaño en estos casos, que ni siquiera razones de salud del paciente lo requieren, no tiene justificación ética alguna y acabaría por menoscabar la credibilidad de los médicos y de los hospitales;

b) cuando la experimentación tenga una finalidad terapéutica —dando por descontada la necesidad de obtener el consentimiento informado—, habrá que asegurarse de que la suspensión de las terapias ordinarias no acarrearía riesgos o daños a los pacientes y de que el fármaco que se administra para la experimentación tenga presumiblemente una eficacia no inferior a la del ya conocido.

---

[544]

LA EXPERIMENTACIÓN EN FETOS Y EN EMBRIONES HUMANOS

La novedad del tema

Ya hemos hecho una valoración a propósito de la experimentación en embriones humanos en el ámbito de la fecundación in vitro; valoración ética que ha sido negativa, prescindiendo del tipo y de los fines de la experimentación. Bien se trate de experimentación genética (DNA recombinante) o de sustituciones de cromosomas, o bien de experimentación farmacológica o de estudio experimental de la biología

---

17.

[690] ARPAILLANGE P., DION S., Considérations sur l'éthique de la randomisation, «Biomedicine and Pharmacotherapy», 1984, 38, pp. 426-429.

embrional, desde el punto de vista ético el juicio sigue siendo negativo, no sólo porque se da vida a un ser humano fuera de la vida matrimonial, sino sobre todo porque la finalidad no es la de hacer que el hijo se desarrolle, sino de hacer «objeto» de experimentación a un embrión que está abocado a la supresión. El vicio de la finalidad inficiona globalmente la moralidad del acto. Es normal, por lo demás, que esta experimentación prevea la pérdida y destrucción del embrión, como resultado agravante. Pensamos, por otra parte, que son suficientemente conocidas las condiciones que se requieren para la experimentación sobre el hombre en general[691].

El problema de la experimentación se ha planteado de manera más aguda en estos últimos tiempos por las denuncias públicas sobre el tráfico de fetos abortados para su uso industrial en la producción de cosméticos o para cederlos como material de experimentación[692].

Aún más recientemente se ha anunciado por parte de los investigadores[693] la obtención de tejidos cerebrales fetales o de glándulas suprarrenales fetales con la finalidad de injertarlos en individuos afectados del mal de Parkinson.

No hacemos distinción entre embriones y fetos por lo que se refiere al aspecto ético, dado que, en el asunto repetidamente reiterado y demostrado, se trata siempre de la vida de un ser humano al que hay que reconocer la dignidad de persona humana.

---

[545]

También la Instrucción «Donum Vitae» de la Congregación para la Doctrina de la Fe reitera esta idéntica relevancia ética de los términos «cigoto», «preembrión», «embrión» y «feto», los cuales indican sólo estadios sucesivos del desarrollo de un ser humano, aunque todos

---

691 PERICO, VOZ Sperimentazione clinica; VILLA, Etica e deontologia...; HÁRING, Etica medica; AA. VV., L'expérimentation humaine.

692 TETTAMANZI D., Feti umani e sperimentazione biomedica, «Anime e Corpi», 1984, 111 (enero-febrero), pp. 37-50; ID., Problemi morali circa alcuni interventi sui feti ed embrioni umani, «Medicina e Morale», 1985, 1, pp. 23-43. Sobre la experimentación en embriones véase el Informe de la Comisión Warnock presentado al Parlamento del Reino Unido: Report... Refiriéndose también al tema de la experimentación sobre embriones, el «Comité Consultivo Nacional de Ética» francés expresó su parecer con dos Avis (del 22 de mayo de 1984 y del 15 de diciembre de 1986). Sobre la experimentación y el comercio de fetos, véase también UCHHELDS M., KENTISH S., Bambini da bruciare, Catania 1976, pp. 175-181; JACQUINOT C, DELAYE J., Les trafiquants des bébés à naître, Lausana-Paris 1984, p. 158.

693 PERLOW M.J., Brain grafting as a treatment for Parkinson's disease, «Neurosurgery», 1987, 20, pp. 335-342; MAHOWALD M.B., WALTERS L. et al., Trasplantation of neural tissue from fetuses, «Science», 1987, 25, pp. 1307-1308; PEZZOU G., SILANI V. et al., Human fetal adrenai medulla for trasplantation in parkinsonian patients, «Ann. N. Y. Academy Sciences», 1987, 495, pp. 771-773.

designen al fruto, visible o no, de la generación humana desde el primer momento de su existencia hasta el nacimiento[694].

Las distinciones más notables desde el punto de vista ético son las que se refieren a la finalidad de las intervenciones en el feto. Los fines pueden ser: por mera experimentación biomédica; para la experimentación terapéutica o con una intención terapéutica; o finalmente, los de obtener tejidos para curar a otras personas enfermas. Por otra parte, es aún más relevante la distinción acerca de la condición del feto: si está vivo —viable o no— o muerto; y si está muerto por aborto espontáneo, o por interrupción voluntaria del embarazo.

Se supone que la experimentación sobre fetos vivos puede llevarse a cabo en el interior del útero, pero se puede pensar también que el feto pueda sobrevivir por una interrupción voluntaria del embarazo.

Finalmente, hay que tener presente la entidad del riesgo para los embriones vivos: si la intervención o la experimentación puede provocar la muerte o comprometer la integridad sustancial de su vida en el futuro.

Examinemos en detalle esta casuística.

Las intervenciones intrauterinas de carácter terapéutico

Aparte las transfusiones de sangre para salvaguardar la vida del feto y que han dado lugar a que se salven muchos de los que están por nacer, hoy, con el avance de la ciencia y de la asistencia prenatal se están difundiendo cada vez más las intervenciones de cirugía fetal, por ejemplo en el caso de malformaciones u obstrucciones de las vías urinarias, o en caso de hidrocefalia. Algunos, sin embargo, consideran que algunas de estas intervenciones quirúrgicas pueden ser llevadas a cabo con mejores resultados en la fase postnatal inmediata[695]. En este ámbito se incluye también la intervención diagnóstica que se configura como «diagnóstico prenatal», tema éste, sin embargo, que hay que tratar no sólo desde el punto de vista del factor de riesgo que corre el feto en el momento en que se emplea la técnica de diagnóstico, sino también del de la conexión con el aborto selectivo, co-mo expusimos en su momento[696].

---

[546]

La intervención terapéutica sobre el feto, como sobre cualquier individuo humano cuando tiene una seria probabilidad de éxito, es lícita, pero con la peculiaridad del caso, puesto que se trata de un sujeto que no puede dar su consentimiento.

---

[694] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., Preámbulo.

[695] CAUSTI S., Il feto, paziente chirurgico, «Medicina e Morale», 1983, 1, pp. 49-58.

[696] Véase el capítulo que se refiere al diagnóstico genético. Consúltese también: SERRA A., CAFFARRA C, LEUZZI L, en el fascículo de «Medicina e Morale», 1984, 4, dedicado al diagnóstico prenatal. Cfr., además, SERRA A., Problemi etici della diagnosi prenótale, «Medicina e Morale», 1982, 1, pp. 52 ss. y TET-TAMANZI D., Diagnosi prenótale e aborto selettivo: problemi etici, «Anime e Corpi», 1983, pp. 339-360.

Por esto, cualquier intervención terapéutica (de diagnóstico o curativa, médica o quirúrgica) deberá estar garantizada por tres condiciones esenciales: que se requiera por un motivo proporcionado serio —y que por tal razón, no se pueda aplazar para después del nacimiento con perspectivas de mejores condiciones de ejecución—; que no se compruebe un riesgo grave para la vida ni para la integridad física del feto o de la madre (esto es, se debe evitar provocar graves menoscabos al feto o a la madre); y que los padres den su consentimiento informado, verdaderamente libre, que sustituya y represente, incluso desde el punto de vista legal, al del interesado. La Instrucción «Donum Vitae» aclara a este propósito:

«Como en cualquier acción médica sobre un paciente, son lícitas las intervenciones sobre el embrión humano siempre que respeten la vida y la integridad del embrión, que no lo expongan a riesgos desproporcionados, que tengan como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia individual.

Sea cual sea el tipo de terapia médica, quirúrgica o de otra clase, es preciso el consentimiento libre e info; mado de los padres, según las reglas deontológicas previstas para los niños. La aplicación de este principio moral puede requerir delicadas y particulares cautelas cuando se trate de la vida de un embrión o de un feto»[697].

Y más adelante: «En el supuesto de que la experimentación sea claramente terapéutica, cuando se trate de terapias experimentales utilizadas en beneficio del embrión mismo como un intento extremo de salvar su vida, y a falta de otras terapias eficaces, puede ser lícito el recurso a fármacos o procedimientos todavía no enteramente seguros»[698].

Las intervenciones de pura experimentación científica

Recordando que el feto, lo mismo que el embrión, tiene la dignidad de persona humana y que, por otro lado, es un sujeto incapaz de dar su consentimiento, hay que reiterar que en los fetos sólo se pueden hacer intervenciones terapéuticas. Por lo cual se han de considerar como inmorales las experimentaciones hechas solamente con una finalidad de investigación científica, incluso cuando no se prevea un resultado mortal.

La misma Declaración de Helsinki prohibe la experimentación no terapéutica en sujetos incapaces de consentimiento. El feto no debe ser tratado como conejillo

---

[547]

de Indias, y por tal motivo hay que considerar inmoral la experimentación pura en fetos humanos vivos. Ni siquiera puede aceptarse la razón de

[697] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción..., p. I, n. 3.
[698] Ibi, p. I, n. 4.

que, de esta manera, avanzaría la investigación para curar a otros sujetos humanos, porque un objetivo bueno no puede lograrse con un medio malo, representado en este caso por la supresión de un individuo humano. Ni vale tampoco la razón por la cual la parte es sacrificada al todo, entendiendo por parte al feto en particular, y por todo, el bien de la humanidad; porque el individuo no es una parte del organismo social, sino que es la finalidad de la sociedad. Y el bien común debe entenderse como el bien de cada uno en particular.

Incluso cuando, independientemente del investigador, se decidiera la muerte del feto por aborto, no es lícita la intervención experimental en el feto aún vivo porque «si están vivos, sean viables o no, deben ser respetados como todas las personas humanas»[699].

Por esto, está plenamente justificada la admonición de Juan Pablo II dirigida a los miembros de la Pontificia Academia de las Ciencias:

«No tengo motivos de aprensión respecto de las experimentaciones en biología llevadas a cabo por científicos que tengan, como vosotros, un profundo respeto por la persona humana, porque estoy seguro de que contribuirán al bien integral del hombre. Por otra parte, condeno del modo más explícito y formal las manipulaciones experimentales del embrión humano, porque el ser humano desde su concepción hasta la muerte no puede ser nunca objeto de instrumentación por motivo alguno. En efecto, como enseña el Concilio Vaticano II (Gaudium et Spes, n. 24), el hombre es la única criatura terrenal a la que Dios ha amado por sí misma».

Y ante los participantes en la Reunión organizada en Roma por el Movimiento por la Vida sobre «Diagnóstico prenatal y tratamiento quirúrgico de las malformaciones congénitas», llevada a cabo el 3.12.1982, el Pontífice declaraba como inaceptable «cualquier forma de experimentación en el feto que pueda dañar la integridad o empeorar sus condiciones, a menos que no se trate de un intento extremo de salvarlo de una muerte segura»[700].

Experimentaciones en fetos humanos abortados

Cuando hablamos de fetos humanos abortados nos referimos al feto fuera del útero, independientemente de si está vivo —viable o no— o muerto, condición ésta que debe comprobarse siempre. Por ejemplo, cuando el aborto se produce por expulsión o histerectomía, algunos fetos sobreviven al procedimiento y a veces están vivos. Por consiguiente, si los fetos abortados viven todavía, sean viables o no, valen las indicaciones dadas respecto de las intervenciones intrauterinas y los


[548]

[699] Ibidem.

[700] Juan Pablo II, Discurso a los participantes en la Reunión del «Movimiento por la Vida», p. 1511.

menores de edad. La práctica de mantener en vida fetos o embriones humanos, in vivo o in vitro, con fines experimentales o comerciales, es totalmente contraria a la dignidad humana[701].

Por lo que se refiere a los fetos ya muertos —circunstancia, repetimos, que debe ser oportunamente comprobada—, hay que distinguir entre fetos de un aborto espontáneo y fetos de un aborto voluntario.

Cuando el feto proviene de un aborto voluntario —y esto lo saben bien los investigadores—, la utilización por parte de éstos podría ser en sí lícita si no estuviera vinculada en modo alguno con acuerdos previos y de coparticipación en el aborto. Aunque es un hecho que esta vinculación existe siempre, directa o indirectamente (incluso a través de Comités Éticos, como algunos pretenden) en cuanto que, por el uso que se hace de los fetos, el aborto se efectúa a menudo a propósito y, por tanto, al final de la intervención el feto puede estar todavía vivo, aunque no sea viable. Por lo demás, se corre el riesgo de fomentar tal práctica al tener que solicitar el consentimiento de la madre[702].

También la normativa francesa relativa al caso análogo de la obtención de tejidos del feto procedentes de aborto voluntario plantea este problema ético, declarándolo tan importante como para admitir la posibilidad de presentar la objeción de conciencia por parte de aquellos a quienes se les solicite colaborar en este campo, y que en conciencia no se sientan obligados a llevar a cabo los experimentos en fetos procedentes de una interrupción voluntaria del embarazo[703].

En el caso de fetos provenientes de abortos espontáneos, además de la comprobación de la muerte, se requerirá el consentimiento" de los padres o de la madre, debiéndose desechar cualquier forma de especulación o incluso de compensación de tipo comercial; al tiempo que se habrá de obtener un razonable provecho previsible de tales investigaciones en el plano humano, en orden al estudio de las enfermedades. Finalmente, la Instrucción «Donum Vitae» recuerda que:

«Los cadáveres de embriones o de fetos humanos, voluntariamente abortados o no, deben ser respetados como los restos mortales de los demás seres humanos»[704].

---

[549]

[701] Ibidem.

[702] Véase sobre este problema: SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., Prelievi di organi e tessuti fetali a scopo di trapianto. Aspetti conoscitivi e istanze etiche, en BOMPIANI, SGRECCIA (coord.), Trapianti d'organo, pp. 47-84.

[703] TETTAMANZI, Feti umani..., pp. 46-47; ID., Interventi su embrioni/feti, «La Famiglia», 1986, 120, pp. 31-53. La normativa francesa la dio el Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud y se titula Avis sur les prélèvements de tissus d'embrvons ou de foetus humains morts, à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques.

[704] CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, p. I, n. 4.

La obtención de tejidos fetales con fines de trasplante

Esta acción puede realizarse —como de hecho ya se ha realizado[705]— con la finalidad de trasplantarlos en personas afectadas de enfermedades que no se pueden tratar de otra manera: puede tratarse de trasplante de médula ósea (para curar la leucemia), de células nerviosas o de tejidos hepáticos o pancreáticos. La ventaja de los tejidos fetales respecto de los de adultos parece ser la de que, al tratarse de tejidos en fase de rápido desarrollo celular, tendrían un mejor resultado terapéutico, y además serían menos susceptibles de reacciones inmunitarias de rechazo-incompatibilidad .

También aquí hay que plantear las hipótesis precedentes: si se trata de obtención de fetos vivos, y con el riesgo normal de grave daño o de muerte del feto, es evidente la ilicitud. Si se trata de fetos muertos (por aborto espontáneo o por interrupción voluntaria del embarazo), los tejidos no serían normalmente aptos para el trasplante, a menos que la extracción se efectuara en los primerísimos instantes. En cualquier caso, valen aquí las observaciones y las condiciones propuestas en el apartado anterior. Pero el riesgo consiste en que, tratando de encontrar tejidos que estén lo menos alterados posible y que, por tanto, sean capaces de regenerarse, se busquen fetos vivos contactando a mujeres dispuestas a abortar o a clínicas en las que se practica el aborto. Se han denunciado ya intentos de este tipo, denominándolos como «tráfico de fetos humanos»[706].

Si en los laboratorios o en los hospitales se llevaran a cabo prácticas de este género en condiciones éticamente inadmisibles, quienes advirtieran su ilicitud estarían obligados a presentar una objeción de conciencia.

Debe excluirse moralmente la utilización de los fetos vivos, pero «no viables», para obtener tejidos en el periodo que precede al aborto o que le sigue inmediatamente, porque el que se prevea la muerte no cambia la ilicitud del acto lesivo que se ejerce en fetos todavía vivos y que les causa la muerte.

La protección de los embriones debe ser fomentada también por una normativa legal. Resulta extraño que no existan leyes al respecto, cuando las hay para la defensa de los animales de experimentación y para la ejecución de las autopsias en cadáveres. Es de desear incluso que a nivel internacional se formule una carta de los derechos del embrión, análogamente a la formulada para los niños y en armonía con lo que la Iglesia católica ha afirmado en la Carta de los Derechos de la Familia en materia de protección y defensa de la vida naciente y del que está por nacer.

---

[705] PERLOW, Brain...; MAHOWALD, Transplantation...; PEZZOU, Human...

[706] JACQUINOT, DELAYE, Les trafiquants...

Recientemente, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa emanó la Recomendación n. 1046 sobre el uso de embriones y fetos humanos con fines de

---

[550]
diagnóstico, terapéuticos, científicos e industriales. Es significativo que incluso en ese documento, procedente de un Organismo «laico» se afirme la existencia de una vida humana desde el momento de la fertilización, razón por la cual los embriones y los fetos humanos deben ser tratados en todas las circunstancias con el respeto debido a la dignidad humana (n. 10). Consecuentemente con esto, debe prohibirse cualquier intervención en fetos vivos aunque no sean viables. Las legislaciones nacionales habrán de acoger estas indicaciones.

Más recientemente aún, el mismo Consejo de Europa, con la Recomendación n. 1100/1989[707], ha reiterado estos lineamientos en materia de utilización de embriones humanos con fines de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Aa. Vv., L'expérimentation humaine, «Cahiers Laénnec», 1952, marzo-giugno, 551.

—, Manipolazione e futuro dell'uomo, Dehoniane, Bolonia 1972.

—, Simposio sulla necessitá, liceitá e limiti della sperimentazione clínica negli ospedali, Edizioni Ospedale Maggiore-Cá Granda, Milán 1974.

—, Limiti della ricerca bioética. Actas del I Congreso Nacional del Club Internacional de Filosofía de la Medicina, Roma 22-23 marzo 1985 (reseña), «Medicina e Morale» 1985, 2, 452 ss.

American Medical Association, Issues in employee drug testing, «JAMA», 1987, 258, 2089-2096.

Angehni A., L'uomo é misura di tutte le cose, en Aa. Vv., La scienza e l'uomo, Oriz-zonte Medico, Roma 1979, xii, pp. 27 ss.

Arpaillange P., Dion S., Considérations sur l'éthique de la randomisation, «Biomed. & Pharmacoth.», 1984, 38, 426-429.

Ashley B.M., O'Rourke K.D., Human experimentation, en Health care ethics, CHA, St. Louis (MO) 1982 2, pp. 242-251.

Asociación Médica Mundial> Declaración de Helsinki, *i,* 11.

Australia, Nat. Health Med. Res. Council, Ethics in medical research involving the human fetus and human fetal issues, «Med. J. Australia», 1984, May 12, 610-620.

---

[707] Consejo de Europa, Recomendación 1100/1989 sobre la utilización de embriones y fetos humanos en la investigación científica, 2.2.1989, publicada en «Medicina e Morales 1989, 2, pp. 397-411.

Barber B., The ethics of experimentation with human subjeets, EN Shannon T.A. (ED.), Bioethics, PAULIST PRESS, RAMSEY (NJ) 1981, PP. 327-343.
Bok S., The ethics of giving placebos, «SCIENTIFIC AMERICAN», 1974, 5, 17-23.

---

[551]

BOMPIANI A., *La sperimentazione clinica dei farmaci: stato attuale del problema normativo e proposte di riforma,* «Medicina e Morale», 1982, 2, 95-134.
BORUCH C.H., *Equity and randomized experiments,* en SIEBER J.S. (ed.), *NIH readings on the protection of human subjects in behavioral and social science research,* Univ. Pubi, of America, Frederick (Maryland) 1984, pp. 78-82.
BREIGER G.H., CAPRON A.M. et al., *Human experimentation,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 683-710.
BRITISH PAEDIATRIC ASSOCIATION, *Guidelines to aid ethical commitees considering research involving children,* «Arch. Dis. Child.», 1980, 55, 75-77.
BROWN J., *Research on human embryos: a justification,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 201-205.
BURKHARDT R., KIENLE G., *Basic problems in controlled trials,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 80-84.
BYER A., *The praticai and ethical defects of surgical randomised prospective trials,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 90-93.
CAFF ARRA C, *Aspetti etici della diagnostica prenatale,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 449-457.
CALISTI A., *Il feto, paziente chirurgico,* «Medicina e Morale», 1983, 1, 49-58.
CALLIERI B., *L'etica della ricerca,* «Medicina e Morale», 1980, 1, 17-38.
CAMBIER J.P. et al., *L'experimentation des medicaments sur l'homme,* «Projet», 1982, septiembre-octubre, 933 ss.
CANEPA G., CATTANEI G. et al., *Ancora sull'etica della ricerca,* «Medicina e Morale», 1980, 1, 53-70.
CARAVAGLIOS F., *Metodi statistici, biodemo grafia, statistica sanitaria,* ESI, S. Donato Milanese 1987[4].
CARPI A., *Aspetti normativi della sperimentazione animale e confronti tra legislazioni di diversi Paesi,* «Cronache Farmaceutiche», 1979, 2, 56 ss.
CASTIGNONE S. (coord.), *I diritti degli animali,* Il Mulino, Bolonia 1985.
CHAGAS C. (ed.), *Modern biological experimentation,* Pont. Accad. Scienze, Ciudad del Vaticano 1984.
CICCONE L., *Morale e ricerche biologiche oggi,* en *Salute & malattia. Questioni di morale della vita fisica,* li, Ares, Milàn 1986, pp. 516-537.

—, *Sperimentazione clinica sull'uomo: esigenze e limiti morali,* en *Salute & malattia. Questioni di morale della vita fisica,* n, Ares, Milàn 1986, pp. 270-319.

—, *L'animale bene creato e bene per l'uomo. Aspetti bioetici della sperimentazione sull'animale,* «Medicina e Morale», 1989, 6, 1095 ss.

CIOMS, *Proposed international guidelines for biomedical research involving human subjects,* Ginebra 1982.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La sperimentazione dei farmaci* (17.11.1992), Presidenza del Consiglio dei Ministri — Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma 1993.

---

[552]

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE, *Avis sur le prélèvements de tissus d'embryons et de foetus humains morts à des fins thérapeutiques, diagnostiques et scientifiques* (22.5.1984), Centre de documentation et d'information d'étique, Paris 1991.

—, *Avis relatif aux recherches et utilisation des embryons humains in vitro à des fins médicales et scientifiques* (15.12.1986), Centre de documentation et d'information d'étique, Paris 1991.

CONFERENCIA DE LOS COLEGIOS DE MEDICOS DE LA CEE, *Principios de Ètica Mèdica Europea* (6.1.1987), «Il Medico d'Italia», 13-12-1987, 7.

CONSEJO DE EUROPA, *Recommandation n. R (83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme...,* Comité des Ministres, 22 fév. 1983.

—, *Recommandation 1100/1989 sur l'utilisation des embryons et foetus humains dans la recherche scientifique,* 2.2.1989, publicada en «Medicina e Morale», 1989, 2, 397-411.

DAVANZO G., *Etica sanitaria,* Ancora, Milan 1991, pp. 133 ss.

DE VINCENTIIS G., ZANGANI P., *Sulla liceità e sui limiti della sperimentazione sull'uomo,* «Giustizia Penale», 1968, I, 332-334.

Di LUCA N.M., SANI M., CAVALLI A., *La sperimentazione farmacologica sull'uomo,* Ed. Colosseum, Roma 1992.

Di MARINO A., *Responsabilità morale della ricerca, della sperimentazione e della terapia in medicina nucleare,* en AA. VV., *La scienza e l'uomo.* Orizzonte Medico, Roma 1980, xii, pp. 110 ss.

FACCHINI F., *Tracce per un 'etica della ricerca scientifica,* «Communio», 1984, 78. 42-57.

FACCINI J.M., BENNETT P.N., REID J.L., *European Ethical Review Committees: the expérience of an international ethics committee reviewing protocols for drug trials,* «British Medicai Journal», 1984, 289, 1052-1054.

FASOLI A., *Considerazioni sul consenso informato nella medicina pratica e nella sperimentazione clinica,* «Medicina e Morale», 1985, 3, 523-530.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI-CHIRURGHI E ODONTOIATRI, *Codice Italiano di Deontologia medica* (15.7.1989), «Il Medico d'Italia», 1990, marzo, suppl. al n. 44.
FIORI A., *La sperimentazione sull'uomo pone gravi interrogativi,* «Orizzonte Medico», luglio-agosto 1971, 2.
FORD N., *Moral issues that arise in expérimentation on human embryos,* «Australasian Cath. Record», 1986, 63, 3-20.
FRENCH R.D., SINGER P., *Animal expérimentation,* en REICH W.T. (éd.), *Encyclopedia of Bioethics,* Free Press, Nueva York 1978, pp. 75-83.
FREY R.G., *Vivisection morals and medicine,* «J. Med. Ethiçs», 1983, 9, 94-97.
GARATTINI S., *Non c'è alternativa alla sperimentazione animale,* «Il Medico d'Italia», 14 aprile 1990, 12 ss.

---

[553]

—, *La sperimentazione animale è tuttora necessaria per la salute degli uomini,* «Federazione Medica», 1991, 1, 9 ss.
Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 139 del 15.6.92, p. 13.
GENTILI C., ALVARO G. et al., *Considerazioni etico-giuridiche sulla sperimentazione di farmaci nuovi nell'uomo,* «Rass. Clin. Scientif.», 1972, 48 376-385.
GILLON R., *Ethics, philosophy and clinical trials,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 59-60.
GISMONDI G., *Critica ed etica nella ricerca scientifica,* Marietti, Turin 1978.
GRAN BRETAÑA, WARNOCK COMMITTEE, *Report of inquiry into human fertilization and embriology.* Her Majesty's Stationery Office, Londres 1984.
GUARDINI R., *La fine dell'epoca moderna,* Morcelliana, Brescia 1979.
HÀRING B., *Etica medica,* Paoline, Roma 1975[4].
—, *Manipulation. Ethical boundaries of medical behavioural & genetic manipulation,* St. Paul Publications, Slough (England) 1975.
—, *Medicina e manipolazione,* Paoline, Roma 1977[2].
HELLEGERS A.E., *Fetal research,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 489-493.
HEMPEL C, *Filosofía delle scienze naturali,* Il Mulino, Bolonia 1978 (trad, esp., *Filosofia de la Ciencia Natural,* Alianza, Madrid 1988).
HORKHEIMER M., *Eclisse della ragione. Critica della ragione strumentale,* Einaudi, Turin 1979 (trad, esp., *Crítica de la razón instrumental,* Sur, Buenos Aires).
—, ADORNO T.W., *Dialettica dell'iluminism* Einaudi, Turin 1976 (trad, esp., *Dialéctica del iluminismo,* Sudamérica, Buenos Aires 1988).
JACQUTNOT C., DELAYE J., *Les trafiquants des bébés à naître,* P.M. Faure, Lausanne-Paris 1984.

JONAS H., *Philosophical reflections on experimenting with human subjects,* en SHANNON T.A. (ed.), *Bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1981, pp. 235-261.
JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en dos Congresos de Medicina y Cirugía* (27.10.1980), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* m, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, pp. 1005-1010.
—, *Discurso al XV Congreso Mundial de los Médicos Católicos* (3.10.1982), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* v, 3, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1982, pp. 669-677.
—, *Discurso a la Pontificia Academia de las Ciencias* (23.10.1982), en *Insegna- menti di Giovanni Paolo II,* v, 3, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1982, pp. 889-898.
—, *Discurso a los participantes en una reunión sobre la experimentación biológica, promovida por la Pontificia Academia de las Ciencias* (23.10.1982), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* v, 3, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticana 1982, pp. 889-893.
—, *Discurso a los participantes en la I Reunión Médica Internacional promovida por el Movimiento por la Vida* (3.12.1982), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* v, 3, Libreria Editrice Vaticana, 1982, pp. 1509-1513.

[554]
LEUZI L. *Indicazioni etiche per la diagnosi prenatale,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 458-463.
LEVINE R.J., *Research biomedical,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 1481-1492.
—,*Clarifying the concepts of research ethics,* en SHANNON T.A. (ed.), *Bioethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1981, pp. 295-308.
Libertà della ricerca scientifica e rispetto dei valori umani (editorial), «Federazione Medica», 1987, XL, 5-23.
LICHFIELD M., KENTISH S., *Bambini da bruciare,* Paoline, Catania 1976.
LUCCHELLI P.E., *Placebo e guarigione: pregiudizio e fede nella risposta terapeutica,* «Federazione Medica», 1983, 9, 804-808.
MACKAY C.R., *Some issues in IRB considerations of randomization,* en SIEBER J.E. (ed.), *NIH readings on the protection of human subjects in behavioral and social science research,* Univ. Pubi, of America, Frederick (Maryland) 1984, pp. 83-85.
MACKILLOP W.J., JOHNSTON P.A., *Ethical problems in clinical research: the need for empirical studies of the clinical trials process,* «J. Chron. Dis.», 1986, 39/3, 177-188.
MAHOWALD M.B., WALTERS L. et al., *Transplantation of neural tissue from fetuses,* «Science», 1987, 25, 1307-1308. MANNI E., *Sperimentazione sull'animale,* «Medicina e Morale», 1989, 6, 1057 ss. MARITAIN J., */. diritti dell'uomo e la legge naturale,* Vita e Pensiero, Milàn 1977.

MARMONT A., *Problematica etica della sperimentazione clinica,* «Medicina e Morale», 1980,1,39-52.
MARSONI S., *// controllo degli effetti terapeutici di nuovi medicamenti sul malato,* «Federazione Medica», 1991, 1, 32 ss.
MATOREN G.M. (ed.), *The clinical research process in the pharmaceutical industry,* Marcel Dekker, Inc., Nueva York 1984.
MCCARTHY D.G., MORACZEWSKJ A.S. (eds.), *An ethical evaluation of fetal experimentation: an interdisciplinary study,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1976.
MIDGLEY M., *Perché gli animali. Una visione più «umana» dei nostri rapporti con le altre specie* (tit. orig. *Animals and they matter,* 1983), Feltrinelli, Milàn 1985.
MORDACCI R., *Disponibilità e disposizione. Riflessioni etiche sulla partecipazione di volontari sani alla ricerca biomedica,* «Medicina e Morale», 1991,4, 585-611.
MOTOLESE M., *Aspetti metodologici della ricerca clinica,* «G. Ital. Cardiol.», 1985, 15. i, 615-624.
ORGANEACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Manuale di biosicurezza in laboratorio,* «Ann. 1st. Sup. Sanità», 1986, 22, 541-656.
OSBORNE L.W., *Research on human subjects: Australian ethics committees take tentative steps,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 66-68.
PABLO VI, *Discurso al XI Congreso de la Sociedad Italiana de Patologia* (30.10.1969). en *Insegnamenti di Paolo VI,* vii, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 717-720.

---

[555]
PAPALIA S., *Tutela del benessere degli animali e disciplina della sperimentazione animale,* «Medicina e Morale», 1989, 6, 1079 ss.
PATON W., *Vivisection, morals, medicine: commentary from a vivisecting professor of pharmacology,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 102-104.
—, *L'uomo ed il topo. Gli animali nella ricerca biomedica* (tit. orig. *Man & Mouse. Animals in medical research,* 1984), Piccin, Padua 1987.
PEARN J., *A classification of clinical paediatric research with analysis of related ethical themes,* «J. Med. Ethics», 1987, 13, 26.30.
PERICO G., *A difesa della vita,* Centro Studi Sociali, Milàn 1975.
—, voz *Sperimentazione clinica,* en *Dizionario enciclopedico di Teologia Morale,* Paoline, Roma 1981, pp. 1025-1034.
—, *La sperimentazione clinica,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milàn 1992, pp. 107-121.
—, *La sperimentazione scientifica sugli animali. La vivisezione,* en *Problemi dietica sanitaria,* Ancora, Milàn 1992, pp. 123-135.
PERLOW M.J., *Brain grafting as a treatment for Parkinson's disease,* «Neurosurgery», 1987, 20, 335-342.

PEZZOLI G., SILANI V. et al., *Human fetal adrenal medulla for transplantation in Parkinsonian patiens,* «Ann. N.Y. Acad. Sci.», 1987, 495, 771-773.
PIO XII, *A los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatologia del Sistema Nervioso* (4.9.1952), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xIv, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1961, pp. 317-330.
—, *Discurso a la XVI Sesión de la Oficina Internacional de Documentación de Medicina Militar* (19.10.1953), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xI, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 415-428.
—, *Discurso a los participantes en la Vili Asamblea de la Asociación Medica Mundial* (30.9.1954), en *Discorsi e Radiomessaggi,* xvi, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 167-179.
PREZIOSI P., *Farmaci recettoriali specifici nella strategia terapeutica delle tossicomanie da oppiodi,* «Medicina e Morale», 1981, 1, 48-67.
REALE G., ANTISERI D., *Il pensiero occidentale dalle origini ad oggi,* in, La Scuola, Brescia 1983, p. 629.
REDMON R.B., *How children can be respected as «ends» yet still be used as subjects in non-therapeutic research,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 77-82.
ROSNER F., *The ethics of randomized clinical trials,* «Am. J. Medicine», 1987, 82, 283-290.
ROY D.J., *Pratique medicale et recherche. Perspectives nord-américaines sur le con-sentement,* «Médecine et Hygiène», 1986, 44, 2014-2017.
RUTSTEIN D.D., *The ethical design of human experiments,* en SHANNON T.A. (ed.), *Bio-ethics,* Paulist Press, Ramsey (NJ) 1981, pp. 263-279.
SABATO A.F., DE FRANCISCI G.M., *Problemi di sperimentazione e diritto della medicina: rassegna sul dibattito attuale,* «Medicina e Morale», 1980, 1, 71-78.

---

[556]
SARMA V., *Rules for fetal research adopted,* «Nature», 1983, 306, 308.
SCHAFER A., *Experimentation with human subjects: a critique of the views of Hans Jonas,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 76-79.
SELVINI A., *Bisogna promuovere la ricerca clinica in ospedale. Perché?,* «La Cà Gran-da», 1985, 2-3, 2 ss.
SERRA A., *Problemi etici della diagnosi prenatale,* «Medicina e Morale», 1982, 1, 52-61.
—, *La diagnosi prenatale di malattie genetiche,* «Medicina e Morale», 1984, 4, 433-448.
SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción sobre El respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* (22.2.1987), Promoción Popular Cristiana, Madrid 1987.

SGRECCIA E., *A proposito del pre-embrione umano* (editorial), «Medicina e Morale», 1986, 1,5-17.
—, *Etica della sperimentazione del farmaco,* «Dolentium Hominum», 1987, 4, 60- 75.
—, *Scienza, medicina, etica,* en SERRA A., NERI G. (coord.), *Nuova genetica, uomo e società,* Vita e Pensiero, Milàn 1987, pp. 7-11.
SHAPIRO D.A., *Research in psicotherapy and psychoanalysis,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 91-92.
SIEBER J.E. (ed.), *NIH readings on the protection of human subjects in behavioral and social science research,* Univ. Pubi, of America, Frederick (Maryland) 1984.
SILVESTRINI B., *Sperimentazione farmacologica e strategia di ricerca,* «Federazione Medica», 1987, XL, 149-152.
SKRABANEK P., *Honesty with placebos,* «The Lancet», 1987, Jan. 31, 265-266.
SMITH M., *Taking blood from children causes no more than minimal harm,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 127-131.
SPAGNOLO A.G., *«Norme di buona pratica clinica». Il documento della Comunità Europea sulla sperimentazione di nuovi prodotti farmaceutici,* «Medicina e Morale», 1991, 2, 201-227.
—, SGRECCIA E., *Prelievi dì organi e tessuti fetali a scopo di trapianto. Aspetti conoscitivi e istanze etiche,* en BOMPIANI A., SGRECCIA E. (coord.), *Trapianti d'organo,* Vita e Pensiero, Milàn 1989, pp. 47-84.
SPRIGGE L.S., *Vivisection morals medicine: commentary from antivivisectionist philosopher,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 98-101.
TETTAMANZI D., *Diagnosi prenatale e aborto selettivo: problemi etici,* «Anime e Corpi», 1983, 339-360.
—, *Feti umani e sperimentazione biomedica: problemi etici,* «Anime e Corpi», 1984, 111,37-50.
—, *Problemi morali circa alcuni interventi su feti/embrioni umani,* «Medicina e Morale», 1985, 1,23-43.

---

[557]

—, *Interventi su embrioni/feti umani. In margine alla Raccomandazione 1046 del Consiglio d'Europa,* «La Famiglia», 1986, 120, 31-53.
TIRABOSCHI P., SPAGNOLI A., *Le indagini sull'uomo sano,* «Federazione Medica», 1991, 1, 27 ss.
TORRELLI M., *Le medecin et les droits de l'homme,* Berger-Lévrault, Paris 1983.
USA, PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Summing up. Final report on studies of ethical and legal problems in medicine and biomedical and behavioral research,* US Gov. Print. Office, Washington (DC) 1983.

VALSECCHI A., *Principi etici generali sulla sperimentazione clinica,* en *Medicina e Morale,* Orizzonte Medico, Roma 1970, pp. 27 ss.
VEATCH R.M., *The patient as partner: a theory of human experimentation ethics,* Indiana Univ. Press, Bloomington 1987.
VERE D.W., *Problems in controlled trials - a critical response,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 85-89.
VILLA L., *Etica e deontologia della sperimentazione,* Turin 1979.
WORLD MEDICAL ASSOCIATION, *Declaration of Helsinki* (1964, Tokio 1975), en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics (Appendix),* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 1769-1773.

---

[559]

CAPÍTULO 14
Bioética y trasplantes de órganos en el hombre

Los avances científicos y técnicos[708]

La intervención de la ciencia médica y de las técnicas quirúrgicas en el campo de los trasplantes representa uno de los campos en que se ha progresado con más continuidad y rapidez. En pocos decenios (especialmente en los últimos 30 años) se han venido haciendo trasplantes de órganos cada vez más importantes: de riñon, corazón, hígado o páncreas; y aunque todavía no se han llegado a efectuar trasplantes de tronco/cabeza en el hombre, se ha entrevisto ya su posibilidad técnica. Y en estos últimos años se ha intentado incluso el trasplante heterólogo de corazón de babuino y de hígado de chimpancé.

Lo que más ha influido para avanzar en este campo, además de otros factores vinculados con el progreso de la cirugía, es la posibilidad de experimentar en animales, perfeccionando cada vez más las técnicas para aplicarlas en el hombre. Otro factor determinante ha sido el progreso, logrado en los últimos 20 años, de los conocimientos en materia de inmunología. También han sido una contribución importante los estudios sobre la transfusión de sangre y los grupos sanguíneos, después de los descubrimientos iniciales de Landsteiner en 1900. Y aunque la

[560]

[708] La bibliografía científica, e incluso jurídica y ética, sobre este tema es muy amplia y no pretendemos hacer una reseña completa de ella. Nos limitamos a las obras de carácter ético-jurídico y, entre éstas, citamos las más actuales y próximas a nosotros: PERICO G., voz Trapianti umani, en COMPAGNONI, PIANA, PRIVITERA, NUOVO dizionario..., pp. 1383-1391; b., I trapianti di organo ed i problemi morali connessi, en Medicina e Morale, Orizzonte Medico, Roma 1968, pp. 117 ss.; FUCHS J. „ I trapianti e la sperimentazione umana, ibi, 1969, pp. 161 ss.; PERICO G., Il trapianto del rene, «Aggiornamenti Sociali», 1968, febrero, pp. 911 ss.; MARCOZZI V., Trapianti d'organo, «La Civiltà Cattolica», 3 de abril de 1971; HÀRING, Libertad v fidelidad en Cristo, m (pp. 129-139 de la trad. it); Fiora A., I trapianti d'organo ed i costi-benefici del progresso medico, «Medicina e Morale», 1984, 1, pp. 16-26; AA. VV., Trapianto di cuore e trapianto di cervello, Roma 1983, en especial los artículos de CAFFARRA C, Scienza e tecnologia a servizio della vita con il trapianto di cuore artificiale, pp. 97-101; DEMMER K., Liceità dell'ardita sperimentazione del trapianto cerebrale, pp. 150-169; MARINO P.A., Sviluppi della medicina e progresso umano, pp. 236-246; CORTESINI R., Il cuore artificiale: esperienze scientifiche e riflessioni etico-morali, pp. 52-86; BOMPIANI, SGRECCIA (coord.), Trapianti d'organo. Sobre el Magisterio, véase Pio XII, Alocución a los dirigentes y miembros de la Sociedad Italiana de Donadores de Córnea (14.5.1956), en Discorsi e Radiomessaggi, xvín, pp. 192-201.

transfusión de sangre no podría definirse como trasplante, en cuanto que el tejido injertado en el organismo huésped tiene una breve supervivencia, tales experimentos han constituido una base y un incentivo para el estudio de la histocompatibilidad, que ha fomentado a su vez el desarrollo de las técnicas de trasplante.

La confianza en el éxito en este campo de los trasplantes ha sido alterna: ha habido momentos de euforia, seguidos de momentos de mayor cautela; así, se recuerdan los años 68-70 por el entusiasmo en materia de trasplantes cardiacos, a los que siguió un periodo de mayor prudencia.

Y ahora vemos cómo repunta un nuevo optimismo llevado hasta los limites de lo humano, como en la tan aireada hipótesis del trasplante de cabeza y tronco[709]. Las hipótesis técnicas van ampliándose hacia nuevos objetivos: desde el trasplante de porciones de encéfalo (hipófisis, hipotálamo) o de gónadas, hasta los de genes, en el ámbito de la ingeniería genética, y de tejidos fetales, de los que hablábamos antes. El que en la actualidad haya aumentado la confianza se debe también al hecho de poder disponer ya de fármacos más eficaces para combatir el fenómeno del rechazo, como la ciclosporina A.

En líneas generales, y como preámbulo al tema, hemos de adelantar que el problema ético, que hasta hace unos años parecía bastante sencillo, ahora se ha ido haciendo cada vez más complejo. A primera vista parecería que, siendo el fin claramente terapéutico —una vez garantizada la comprobación de la muerte, en caso de la obtención de cadáver, o la supervivencia del donador vivo—, el problema ético sería sencillo de solucionar en sentido positivo.

Pero, por el contrario, con el progreso de las técnicas, el aumento de las solicitudes, la escasez de donadores y la calidad de los órganos susceptibles de trasplante, los problemas éticos se han vuelto mucho más complicados.

El consentimiento informado del receptor; la libertad del donador y de los familiares; el derecho de la sociedad a obtener órganos de cadáveres prescindiendo del consentimiento explícito; la licitud de las recompensas, o de ciertos trasplantes que pueden influir en la identidad de la persona receptora; la legitimidad del trasplante experimental, y la comprobación de la muerte para los trasplantes de cadáver «con corazón palpitante», son todos ellos problemas complejos, múltiples y de reciente aparición[710].

Tras cada una de las hipótesis y de la problemática particular, subsisten siempre los problemas de fondo de toda la bioética: la relación de dominio-respeto de la persona sobre la naturaleza corpórea, la relación entre tecnología y ética[711]. Como

---

[709] FIORI, I trapianti d'organo...

[710] DAUSSET J., I successi ed i limiti dei trapianti effettuati suU'uomo, en AA. VV., Trapianto di cuo-re..., pp. 12-42.

[711] CAFFARRA, Scienza e tecnología al seruizio della vita...

[561]
corolario de esta tecnología de los trasplantes se debería hablar también de la implantación de órganos artificiales, como el corazón artificial, que no entra de suyo en el tratamiento de los trasplantes de órganos humanos, pero que a menudo representa una fase o una alternativa.

Para seguir un orden, trataremos los siguientes aspectos del tema: la clasificación de las diversas modalidades y de los varios tipos de trasplante; la situación jurídica internacional y nacional vigente; los principios éticos generales, y algunas hipótesis de particular importancia ética.

Clasificación y datos histórico-descriptivos

Se llama trasplante o injerto a la operación quirúrgica por la cual se inserta en el organismo huésped un órgano o un tejido obtenido de un donador. Se habla más propiamente de implantación, cuando se trata de tejidos muertos o conservados. Por efecto del trasplante, entre los tejidos injertados y el organismo huésped se llevan a cabo los fenómenos vitales conocidos con el nombre de supervivencia, adaptación y aceptación del trasplante. En cuanto a la córnea, aunque no esté vascu-larizada, se trata de todos modos de tejido vital y por esto se habla siempre de trasplante en relación con ella.

Se habla de autoinjerto o injerto autólogo cuando se trasladan tejidos de un sitio a otro del mismo organismo. Es llamado homoinjerto o injerto homoplástico, o también homólogo, la transferencia de tejidos de un individuo donador a otro individuo huésped de la misma especie; en el caso contrario, esto es, cuando se trata de individuos de especie diversa, se habla de injerto heterólogo. Según la técnica utilizada, se dice que el trasplante es pedunculado cuando lo que se traslada son jirones de tejido no del todo separados del organismo del donador; y Ubre, cuando el tejido trasplantado es extraído de sus soportes naturales. Cuando, finalmente, el trasplante exige la reconstrucción de uno o más conductos (vasos, bronquios, segmentos del intestino) se habla de trasplante con anastomosis.

Además del trasplante de tejidos se habla, obviamente, de trasplante de un órganos entero (riñon, corazón). Los órganos considerados en el trasplante pueden ser de tipo ejecutivo (un miembro, un riñon, el corazón) o bien órganos centrales o de diferenciación del individuo (cerebro, gónadas).

Evidentemente, hay que considerar también el hecho de si un órgano o los tejidos son obtenidos de cadáver o de donador vivo, no sólo por la valoración ética implicada, sino también respecto de la posibilidad de efectuar la extracción sin que ello provoque la muerte del donador[712].

---

[712] PERICO, Trapianti umani, pp. 1162-1163.

[562]

Asimismo, hay que recordar también los hechos consecutivos o en concomitancia con el trasplante.

Se llama arraigamiento al fenómeno vital por el que la mayor parte del tejido injertado logra sobrevivir, se adapta a las nuevas condiciones de vida y se restablecen las conexiones tisulares, vasculares y nerviosas, de modo que el tejido injertado participe duraderamente en la vida del organismo huésped.

Cuando no se logra que arraigue, sobreviene la muerte gradual **y** la desaparición, o la inclusión y reabsorción del tejido injertado. Para que se logre el arraigo del injerto es indispensable que se restablezca la circulación sanguínea, con excepción de la córnea, dada su particular estructura histológica carente de vascularización.

El fenómeno de la incompatibilidad se manifiesta mediante una reacción propia del organismo huésped frente al tejido injertado, debido a un conjunto de factores. Todas las células del organismo presentan estructuras de reconocimiento llamadas antigenos tisulares que sirven para denunciar que esos tejidos son ajenos al organismo al que son trasladados, y por tanto incompatibles con él. La reacción inmunitaria de los anticuerpos de agregación hacia el tejido injertado, incluso después de una aceptación inicial y de la canalización sanguínea, origina una acción compleja de fenómenos humorales y anatomohistológicos.

El fenómeno de inflamación y/o fiebre denuncia, por efecto de esta compleja reacción, el llamado rechazo.

El análisis de los diversos grupos de antígenos tisulares afines constituye una condición del estudio previo al trasplante, necesario para el éxito del mismo.

Otro problema ético fundamental lo representa la conservación de los órganos destinados al trasplante. Mientras la sangre para la transfusión puede conservarse en una particular condición prolongadamente sin que sufra alteraciones, los tejidos de un órgano no pueden ser conservados inalterados y adecuados para el trasplante sino por poco tiempo. La programación del trasplante del órgano requiere entonces de un conjunto de atenciones y de preparaciones complejas, tanto cuando se hace de un donador vivo (por ejemplo, para la donación de un riñon), como cuando se hace de un donante muerto. En este caso, al tiempo que se debe determinar exactamente la muerte clínica del sujeto donador, se tiene que programar también el trasplante en un brevísimo plazo. Para ello, tanto a nivel nacional como internacional se han organizado «centros» para informar y transportar los órganos con la mayor rapidez posible. Hay que tener presente que, antes de transportarlo y trasplantarlo, se debe hacer también un examen de histocompatibilidad, a fin de evaluar los tiempos requeridos; y desde hace poco tiempo, hay que efectuar también pruebas para detectar los

anticuerpos anti-VIH indicativos de infección del donador con el virus del Sida.

[563]

Entre los trasplantes autólogos, en los cuales no existe el problema de la incompatibilidad histológica, se deben recordar los trasplantes de reparación (por quemaduras) o de carácter estético; en este caso la operación se hace en tres tiempos: preparación del tejido, trasplante y modelado.

Entre ¡os trasplantes de tejidos homólogos, se pueden considerar teóricamente los de las glándulas endocrinas como los ovarios, la hipófisis, el tiroides, el timo, el páncreas o los testículos; además, de vasos sanguíneos, tejidos óseos, médula ósea (para las leucemias), nervios, tendones, colgajos de piel, córnea e hígado.

Un relieve particular han cobrado los trasplantes de órganos integrales como el riñon, que se puede hacer de donador vivo y de cadáver, y el trasplante de corazón, que, obviamente, sólo se puede llevar a cabo de un sujeto muerto. La extracción de cadáver comporta el problema complejo de la determinación exacta de la muerte clínica, problema que es a un tiempo ético y legal; por lo cual habremos de ocuparnos de él específicamente.

Desde un punto de vista histórico, baste recordar que los primeros trasplantes experimentales de riñon los llevó a cabo Ulman ya en 1902. Ese mismo año, el francés Carrel perfeccionó la técnica de la anastomosis para el trasplante renal; pero el primer trabajo científico sobre el trasplante renal en el hombre fue publicado en 1955 por Hume en Estados Unidos: en él describe trasplantes hechos sin la terapia inmunosupresora y llevados a cabo sólo con el estudio de la compatibilidad ABO, con una supervivencia de 30 a 120 días. En Italia el primer trasplante renal con éxito lo ejecutó el grupo del profesor Casciani en Roma, el 20 de mayo de 1966, manteniéndose la paciente durante mucho tiempo en buenas condiciones.

A partir de entonces se ha avanzado mucho y hasta 1990 se habían efectuado en todo el mundo más de 200,000 traspalantes renales, volviéndose este tipo de operación rutinario en los grandes hospitales. En 1990, se practicaron en Italia unos 800 trasplantes de este tipo. La AIDO (Asociación Italiana de Donadores de Órganos) ha venido promoviendo campañas para la donación voluntaria post mortem. Otra asociación italiana de voluntarios es la ANED. El trasplante de corazón tuvo su inicio en Ciudad del Cabo en 1967 por obra del profesor Bamard. Desde entonces los intentos se han multiplicado en todo el mundo, logrando resultados durante mucho tiempo no tan satisfactorios como era de esperar, y suscitando a veces no poca perplejidad. A partir de 1985, el Ministerio italiano de Salud autorizó diversos centros para llevar a cabo trasplantes de corazón y en los meses siguientes se comenzó rápidamente, en general con éxito, a hacer trasplantes de corazón en varios hospitales italianos en adultos y niños. La dificultad de la

intervención y la escasez de donadores constituyen el motivo por el que se están estudiando varios tipos de «corazón artificial», esto es, de una máquina que debería sustituir enteramente al corazón. Los modelos de corazón artificial se han estudiado de manera que éstos sean cada vez más manejables y portátiles; la finalidad

---

[564]
lidad de esta técnica es también la de lograr un compás de espera para el paciente que esté aguardando a que se encuentre un corazón humano compatible para trasplantárselo.

Pero en este campo se está todavía en la fase experimental[713].

Perspectivas legislativas y cooperación internacional

El Consejo de Europa, según los principios que inspiraron la Convención de los Derechos Humanos que es su carta fundamental —y, por así decir, constitucional—, ha desplegado una intensa actividad de cooperación entre los Estados miembros en el plano de las legislaciones sanitarias.

En el ámbito europeo, hay que recordar ante todo, siempre a nivel de enunciación de principios generales, la Carta Social Europea, que en el artículo 11 prevé la obligación que tienen los países miembros de salvaguardar y proteger la salud de los ciudadanos; así como el Código Europeo de Seguridad Social, que garantiza las medidas de prevención, de los cuidados médicos y de rehabilitación.

Los lineamientos que inspiraron la legislación del Consejo de Europa en materia de transfusiones de sangre (Código de Reykjavik de 1975); para el intercambio de las pruebas de compatibilidad tisular (Acuerdo n. 84 de 1974) y para los problemas concernientes a los trasplantes, los injertos y la obtención de tejidos y órganos de origen humano (Recomendación 78/29, Recomendación 79/5), están orientados a favorecer la colaboración y la seguridad sanitaria y a impedir la comercialización[714].

En particular, la Recomendación 78/29 aprobada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa el 11 de mayo de 12978 contiene una serie de reglas y definiciones, invitando a los Estados miembros a que las acojan en su legislación respectiva.

Se señalan en especial las indicaciones relativas al consentimiento para el trasplante desde un ser vivo, y a las sanciones concretas cuando se declara falsamente la muerte a fin de obtener el trasplante anticipado de cadáver. En la misma Recomendación se invita A los gobiernos a

---

[713]CORTESINI, I I cuore artificíale...

[714]MARZIALE F., Cooperazione europea neli'ambito dei trapianti e problemi etici, en AA. VV., Trapianto di cuore..., pp. 184-207; TORELU, Le médecin et les droits...

prever, en el documento de reconocimiento o en el pedimento, la posibilidad de declaración preventiva por parte de los ciudadanos para ia donación post mortem. La indicación general y la tendencia del documento es fomentar entre los Estados miembros la posibilidad de valerse del «consentimiento presunto» —si no existe una voluntad explícita en contrario del sujeto cuando estaba vivo—, para la obtención de órganos post mortem. Esta

---

[565]
posición ha sido reiterada también por la Conferencia de Ministros europeos de la Salud, celebrada en París el 16-17 de noviembre de 1987 (véase el libro de A. Bompiani y E. Sgreccia, Trapianti d'organo, pp. 295-305, que se cita en la bibliografía de este capítulo).

La tendencia es, por esto, la de considerar al cadáver como res communitatis, como propiedad de la comunidad; sin embargo, se invita también a respetar las convicciones religiosas del sujeto cuando estaba vivo, si éstas comportaban una disposición contraria a la donación de órganos post mortem.

En cuanto a la comprobación de la muerte clínica, se prohibe la extracción si el donador no ha perdido sus funciones cerebrales de manera total e irreversible; precisando, no obstante, que esto no excluye que se puedan mantener artificialmente con vida algunas funciones de ciertos órganos.

Los artículos 9 y 14 de la misma Recomendación prescriben la gratuidad de la donación de órganos y de tejidos, a excepción de ser reembolsados por los costos y la garantía de establecer un seguro social si sobreviene algún daño por la donación de un sujeto vivo.

Las demás prescripciones se refieren a los análisis previos, el lugar y las condiciones del trasplante.

La Recomendación 79/5 concierne a las medidas aduanales para garantizar el transporte rápido en el ámbito internacional de sustancias destinadas a ser trasplantadas. La mercancía viaja, pues, con «etiqueta» europea.

Gracias a estas disposiciones se han organizado «bancos» de datos y las colaboraciones para traferir éstos en el ámbito internacional, con el fin de localizar los órganos susceptibles de trasplantar, para conocer su tipificación y para el transporte aéreo de los órganos; y, en caso de desastre, también de sangre para las transfusiones y otras sustancias destinadas al trasplante.

La situación jurídica italiana

En Italia las intervenciones legislativas han sido diversas en años sucesivos, a medida que la experiencia quirúrgica sobre los trasplantes se iba afirmando: el 10 de julio de 1985 la 12ª Comisión permanente de Higiene y Salud del Senado aprobaba por unanimidad el proyecto de ley titulado «Nueva disciplina de trasplante terapéutico y normas sobre la

obtención de la hipófisis de cadáveres con el fin de producir extractos para uso terapéutico»; el proyecto de ley constaba de 30 artículos y resultaba de la fusión de dos leyes anteriores de 1983, la n. 408 y 413. Tras diversas vicisitudes, debidas en su mayor parte a los cambios de legislatura que se han venido produciendo desde entonces en Italia, sigue abierto el debate parlamentario sobre el tema[715].

---

[566]

En la actualidad, el trasplante de órganos de un donador vivo sigue estando regulado por la ley del 26 de junio de 1967, n. 458, actualizada por el Dercreto de la Presidencia de la República del 5 de febrero de 1970 (lista de los órganos trasplantabas), que, derongando el artículo 5 del Código Civil que prohibe los actos de disposición del propio cuerpo, permite el trasplante de riñon de donador vivo; se permite la derogación: «a los padres, a los hijos, a los hermanos, carnales y no, del paciente, que sean mayores de edad»; si el paciente no tiene familiares idóneos o disponibles, se permite la donación por parte de otro pariente o de donadores ajenos. La misma ley 458/1967, en el artículo 2,2, exigía y precisaba las condiciones para el requerido «consentimiento informado» del donador vivo; de hecho se puede autorizar y realizar la donación «a condición de que el donador haya alcanzado la mayoría de edad, sea capaz de entender y de querer, tenga conocimiento de los límites de la terapia de trasplante de riñon entre vivos, y esté consciente de las consecuencias personales que su sacrificio pueda comportar».

Desde el punto de vista de las formalidades requeridas se exige que el director de la institución autorizada que pretenda proceder al trasplante, apoyado por un equipo médico de colaboradores y con la participación del médico de confianza del donador, atestigüe la idoneidad del donador incluso bajo el aspecto de la histo-compatibilidad y proporcione además la indicación clínica para el trasplante. A continuación de estas acciones, la autoridad dará el «nada obsta» para el trasplante. Hemos recordado estas disposiciones, porque están en vigor hasta que se apruebe definitivamente el nuevo proyecto de ley.

En el plano únicamente de la obtención de órganos de un cadáver, se sitúa la ley n. 644 de 1975, integrada por otra más reciente del 4 de julio de 1990, n. 198, la cual establece que «están obligados a efectuar obtenciones de órganos... los hospitales, las instituciones universitarias y las instituciones hospitalarias de carácter científico, cuando estén dotados de unidades de reanimación y de cirugía general».

Para el trasplante de cadáver los puntos candentes de la discusión entre quienes cultivan la medicina legal y los cirujanos son fundamentalmente dos: el problema de la determinación exacta de ¡a

[715] Para un análisis en profundidad de este debate, véase BOMPIANI, SGRECCIA (coord.), Trapianti d'organo, pp. 157-225

muerte y el problema del consentimiento explícito o presunto que se debe solicitar. Es en esta dirección en la que se están moviendo las modificaciones de la ley en curso de aprobación. Por lo que se refiere a la legislación actual concerniente a la determinación exacta de ¡a muerte, sigue vigente la ley 644/1975, actualizada por el DRP 409 del 10 de junio de 1977, que muchos interesados en los trasplantes califican como demasiado rigorista y restrictiva, y responsable por eso de retardar en Italia la práctica de los trasplantes.

El problema de la comprobación de la muerte se establece y formula en el ámbito de las discusiones jurídicas y morales a partir de la posibilidad de efectuar el trasplante de órgano (riñon) «con el corazón aún latiendo», si se está frente a

---

[567]

enfermos en coma irreversible y profundo con un electroencefalograma (EEG) plano, falta de reflejos profundos del sistema nervioso y ausencia de respiración espontánea. Tales situaciones se verifican generalmente como consecuencia de accidentes de tráfico o laborales, que comportan graves lesiones cerebrales primitivas. Se plantea la cuestión de si es lícito realizar el trasplante incluso cuando, en tales situaciones, se logra que el corazón siga latiendo, manteniendo artificialmente la respiración, a fin de obtener el órgano irrigado y fresco.

Tanto los cirujanos como los médicos forenses sostienen la necesidad de acortar el tiempo de control del electroencefalograma, hasta reducirlo a 6 horas; se propondría que en el caso de trasplante de órgano se pudiera proceder a la declaración de muerte clínica en las condiciones ahora descritas; mientras que en el caso en que esté previsto el trasplante se debe seguir la norma que hasta ahora ha estado vigente, la continuación de la existencia hasta que cese el latido cardiaco, además de las señales electroecenfalográficas y los demás signos de vida previstos por la normativa internacional y médico-legal. En esta dirección se mueve la precisión legislativa en vías de aprobación.

El otro aspecto que se pretende afrontar con las propuestas de modificación de la legislación es el del consentimiento presunto (el llamado «asentimiento silencioso»).

La tendencia es la de fomentar el concepto de consentimiento presunto si existe una razón de urgencia y, por esto, de agilizar su utilización cuando el interés de la sociedad lo requiera. De esta manera, en materia de donación de órganos la legislación se va orientando en la misma dirección en que se mueve la normativa sobre las autopsias de cadáveres con fines de diagnóstico, didácticos o higiénico-sanitarios.

En otras palabras, se pretendería superar la normativa actual que pone como requisito la manifestación explícita del consentimiento del donador, cuando estaba aún con vida, o de los familiares después de su muerte, proponiendo que el trasplante pueda efectuarse en todos los casos en que no se demuestre que el donador se habría rehusado

explícitamente cuando vivía; tal rechazo debería resultar de la voluntad manifestada por escrito, o de una declaración sustitutiva de ios familiares confirmando que el donador manifestó ese rechazo cuando estaba vivo.

La propuesta de modificación en ese sentido fue acogida en el artículo 2 del proyecto de ley de 1985, presentado en la X Legislatura[716]. A nivel de discusión en el Senado, sin embargo, la opinión prevaleciente llevó a abandonar la fórmula del «asentimiento silencioso». En la propuesta de ley aprobada por el Senado el

---

[568]

19 de octubre de 1988 se ha preferido adoptar el criterio de la manifestación explícita para la extracción. Tal declaración la habría de hacer todo sujeto mayor de edad y registrarse en un documento sanitario a propósito.

Antes de considerar los aspectos éticos del problema, deseo citar algunos documentos de carácter deontológico referentes al tema. Hacen referencia a los trasplantes los artículos 13, 14 y 15 de los Principios de Ética Médica europea, aprobados por la Conferencia Internacional de los Colegios de Médicos de la Comunidad Económica Europea el 6 de enero de 1987. También la XXXIX Asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) aprobó en octubre de 1987 una Declaración sobre los trasplantes de órganos. El nuevo Código Italiano de Deontología Médica, de 1989, considera en los artículos 44 y 45 el problema de la comprobación de la muerte y de la prosecución del sostenimiento de la vida en el sujeto clínicamente muerto a fin de mantener en actividad los órganos destinados al trasplante[717]. Hay que recordar, finalmente, el documento del Comité Nacional para la Bioética italiano, del 7 de octubre de 1991, sobre «Donación de órganos con fines de trasplante».

Aspecto ético del problema: los principios generales

Son tres los principios generales que definen el problema ético de los trasplantes, a saber: la defensa de la vida, la protección de la identidad personal y el consentimiento informado. Acerca de cada uno de ellos haremos algunas breves reflexiones.

La defensa de la vida del donador y del receptor

Podría darse por descontada la licitud del trasplante efectuado con el fin de prolongar la vida de un enfermo grave, incurable de otra manera;

---

[716] SENATO DELLA REPUBBUCA ITALIANA, X LEGISLATURA, Disegno di legge: Nuova disciplina dei prelievi di partí di cadaveri a scopo di trapianto terapéutico e norme sul prelievo deU'ipofisi da cadavere a sco-po di produzione di estratti per uso terapéutico. Consta de 30 artículos.

[717] Sobre estos documentos, véase el volumen de INTRONA F., TÁNTALO M., COLAFIGU A., I I códice di deontología medica correlato a leggi e documenti, Padua 1992.

pero, en realidad, debemos profundizar en la reflexión bioética. Hay que considerar que, incluso en la hipótesis de un beneficio efectivo para el paciente que recibe el órgano, se acaba a menudo por requerir de quien lo dona un detrimento, cuando se trata de un donador vivo; además, con frecuencia la vida prolongada del enfermo que recibe el órgano trasplantado es una vida de calidad no satisfactoria (recordemos los trasplantes de corazón efectuados en los primeros tiempos).

Incluso en el caso de extracción de un órgano de cadáver, se podría estar atentando contra la vida, si la muerte no hubiera sobrevenido efectivamente o no se hubiera comprobado adecuadamente.

---

[569]

Por último, en la experiencia quirúrgica podría subyacer solapadamente el afán de tener éxito a toda costa, así como una finalidad de mero experimentar por experimentar, con perjuicio del enfermo que podría convertirse en **banco de prueba** para el progreso de las técnicas quirúrgicas.

Por esto la reflexión de la moral debe ser cuidadosa y cauta, aun manteniéndose abierta al verdadero servicio de la vida de los pacientes.

El principio de la vida física de la persona comporta la obligación consiguiente de la «no disponibilidad» del propio cuerpo, si no es para un bien mayor del cuerpo mismo (principio de la totalidad) o por un bien, mayor, moral, superior, relativo a la misma persona. En nuestro caso el principio de la totalidad, o terapéutico, justifica por sí solo la licitud de los trasplantes autólogos (incluso de carácter estético-correctivo); para justificar, en cambio, los trasplantes homoplásticos (de riñon, corazón, etcétera), el principio de la totalidad debe estar acorde con el principio de solidaridad **y de** sociabilidad.

En otras palabras, es lícito el trasplante homólogo con estas condiciones:

– que el donador (si está vivo) no tenga que sufrir un daño sustancial e irreparable para su propia vida y su propia operatividad. Tal es el caso de la donación de órganos dobles (ríñones) en los que, al haberse perfeccionado las técnicas, el donador puede normalmente continuar viviendo y trabajando, si le queda un riñon sano e íntegro. Se comprende por qué la moral católica, que cuando comenzaron los experimentos de trasplantes era más bien renuente a admitir su licitud, poco a poco ha ido abriéndose hasta recomendar la donación de los órganos después de la muerte. La actitud sobre la licitud depende de los logros técnicos, ante todo en la conservación de la vida del donador;

– se deberá tener y comprobar una alta posibilidad de éxito en el paciente receptor: el sacrificio del donador debe ser proporcional a las posibilidades de beneficio real para la vida del paciente receptor. Además, también la vida del paciente es sagrada y sólo se podrá someter a un tratamiento tan peligroso e invasivo, si existen esperanzas fundadas de obtener una prolongación real de su vida.

Por esta razón, pues, se han de condenar moralmente aquellos trasplantes de un carácter tan arriesgado como para considerarlos predominantemente experimentales. Considérese, por ejemplo, ese cierto «aven-turerismo» en los trasplantes cardiacos que se ha advertido en ciertos periodos;

— el trasplante deberá presentarse como el único remedio válido para prolongar la vida del paciente. Por ejemplo, para el trasplante renal la oportunidad de realizarlo se presenta cuando la diálisis renal no da ya resultados duraderos;

---

[570]

— además, cuando se trata de la extracción de cadáver, se habrá de comprobar exactamente la muerte del donador.

Para concluir, nos detendremos brevemente en analizar los criterios que se aplican en general al seleccionar los pacientes que tendrían acceso al trasplante.

Hemos individualizado tres diferentes criterios:

1) el criterio utilitarista. Según este criterio, la distribución de los órganos se habría de hacer con base en ei criterio de la productividad social, por la que se escogería como receptor preferiblemente a quien, una vez curado, pudiera reanudar su actividad laboral.

2) el criterio casual se basa en el principio de la imparcialidad, y confía la distribución de los órganos que se han de trasplantar a la casualidad, según ¡a prioridad de las solicitudes;

3) el criterio terapéutico, finalmente, que es ei que nosotros compartimos, tiene presentes algunos parámetros clínicos, como la urgencia, la posibilidad de éxito del trasplante en relación con las condiciones del paciente, la previsión de aceptación del órgano por parte del receptor y, en última instancia, la prioridad de la solicitud. La selección del paciente que se va a someter a la intervención debe obedecer, además, al principio de no discriminación: por ninguna razón, ni social ni racial, quien tiene realmente necesidad e indicaciones para ia intervención, debe ver cerrada la posibilidad de acceso a ella[718].

La defensa de la identidad personal del receptor y de sus descendientes

El problema moral se plantea en el trasplante de órganos no ejecutivos, sino estruc-turalmente vinculados con el pensamiento y la identidad biológico-procreativa del sujeto. Tal es el caso de ia hipótesis que se ha aventurado del trasplante de cabeza/ tronco o también la del trasplante, quizás menos complejo técnicamente, de los órganos genitales (ovarios, testículos), o incluso de glándulas de gran relevancia para el equilibrio hormonal y bio-psicológico del sujeto, como la hipófisis.

[718] HELD P.J. et al., Access to kidney transplantation. Has the United States eliminated income and racial differences? «Arch. Intem. Med.», 1988, 148, pp. 2594-2600.

Cuando la calidad de la vida y la identidad personal se ven fuertemente amenazadas y comprometidas; cuando el resultado del trasplante amenaza y trastorna tan profundamente al sujeto, se plantea el problema de la licitud del mismo, incluso con la finalidad de obtener una supervivencia que resultaría simplemente biológica.

---

[571]

La hipótesis del trasplante tronco/cabeza —practicada por ahora solamente en perros y monos, pero proyectada también para el hombre[719]— implicaría una identidad personal ligada a la cabeza; es decir, habría que reconocer al nuevo individuo en aquel que la cabeza representa, porque es en el cerebro donde se conserva la «memoria personal». Por esta razón se prefiere hablar, más propiamente, de trasplante de tronco más que de trasplante de cabeza. Sin embargo, esto no nos parece suficiente para que esté garantizada una identidad global de la persona; el tronco quedaría privado de sensibilidad e inervación, y por esta razón no podría ser «sentido» por el sujeto ni como órgano de sentido ni como medio de expresión y de ejecución. Además, la memoria cerebral continuaría conservando las sensaciones y las experiencias vividas con el cuerpo anterior.

Por eso me atrevo a afirmar que semejante «construcción quirúrgica» tendría un carácter poco humano, que trastocaría la identidad personal en el sujeto[720].

Por lo que concierne a las gónadas y a los órganos ligados a la procreación —aparte la necesidad clínica y la utilidad práctica del trasplante terapéutico (esto es, dirigido a salvar la vida de quien recibe el trasplante), necesidad y utilidad que en modo alguno no son evidentes—, me parece que esta práctica se debería considerar como una amenaza para la identidad biológica y psicológica del sujeto receptor y de sus descendientes.

La prohibición es todavía más clara si el trasplante se hiciera sencillamente para curar al órgano y no a todo el individuo; es decir, simplemente para tener unos ovarios o unos testículos normales, y no ya enfermos, y garantizar así la fertilidad. En este caso no se trataría de un trasplante para salvar la vida del sujeto (como ocurre con el riñon, el corazón, etcétera), sino simplemente para curar la infertilidad, razón que no justifica un trasplante que comportaría luego perturbar la identidad biológica de los descendientes.

La posibilidad de un proceso patológico (por ejemplo, un tumor) en los órganos genitales que amenazara la vida del paciente, podría justificar y comportar la extirpación del órgano enfermo, pero no requeriría, a nuestro juicio, la sustitución con el trasplante.

---

[719] WHTC R.J., Individualità e trapianto cerebrale, en AA. VV., Trapianto di cuore..., pp. 102-131. El autor se muestra favorable a este trasplante.

[720] DEMMER, Liceità dell'ardita sperimentazione... El autor no excluye la justificación moral del trasplante cabeza/tronco.

El consentimiento informado

Acerca del problema del consentimiento debemos considerar ambas hipótesis: cuando la obtención de tejidos o de un órgano se hace de un donador vivo, y cuando se hace de un cadáver.

---

[572]

Pero en cualquier caso y ante todo, se debe observar la obligación de informar exacta y completamente sobre los riesgos, las consecuencias y las dificultades en orden a quien recibe el órgano o el tejido.

Puesto que a veces se trata de correr riesgos muy altos (por ejemplo, en el trasplante cardiaco), y otras, de afrontar en cualquier caso incertidumbres y consecuencias indeseables (en el caso de trasplante de riñon, hígado o páncreas) en cuanto al rechazo o a particulares atenciones y cuidados durante un cierto tiempo, antes de proceder a la implantación de un nuevo órgano, la información deberá ser cuidadosa, y el consentimiento explícito y formalizado.

Cuando el trasplante se hace de un donador vivo, como en el caso de tejidos o de órganos dobles (como los ríñones), la obligación del consentimiento informado se refiere también a! donador y concierne a todas las consecuencias sobre su salud y sobre su futura capacidad laboral. No podría darse un acto de donación como expresión de solidaridad, si no se tuviera una conciencia motivada de todas las consecuencias de este acto.

Cuando el trasplante se hace de un cadáver, hemos visto que la tendencia jurídica lleva a considerar al cadáver como res communitatis, como algo de la comunidad, y a favorecer su utilización para el bien común, siempre que se presente una necesidad de tipo social y que no se advierta la voluntad en contrario del sujeto donador manifestada cuando vivía.

Este criterio no lo comparten todos los autores bajo el perfil ético, teniendo presente que el cadáver, aun siendo res, cosa, y no ya persona, conserva su propia sacralidad por la referencia fenomerrológica y psicológica que recibe en los sobrevivientes. Por esto, aunque siga siendo verdad que la utilidad del bien común puede justificar algunas operaciones de carácter higiénico-sanitario, no se debe excluir completamente su vínculo de pertenencia afectiva por parte de los sobrevivientes. Por tanto, la consideración para con la voluntad misma del sujeto y, cuando es posible, la información y la consideración también de la voluntad de los sobrevivientes tienen y conservan un peso de orden ético. La utilidad pública que puede requerir sacrificios incluso por parte de los vivos, puede requerir manipulaciones y extracciones de cadáveres (sin daño alguno ya para la vida); pero con esto no cesa el respeto que se debe a esta res, cosa, que tiene una relación psicológica con la

persona. El documento del Comité Nacional de Bioética italiano antes citado se mueve precisamente en esta dirección de «respeto de los valores expresados por la persona ligada a la persona difunta por un vínculo de familiaridad o de convivencia».

El problema de la determinación exacta de la muerte en el trasplante de cadáver

Es el problema más delicado en todo este tema de los trasplantes humanos. Podemos proceder confirmando algunos principios que se basan en el respeto de la vida.

---

[573]

Ante todo, no se puede anticipar la muerte realizando u omitiendo una intervención cualquiera sobre el paciente con el fin de obtener algún órgano. La razón es que no se puede hacer el mal para lograr un bien; en este caso el mal sería el matar u omitir culpablemente la ayuda.

Se entiende, por esto, que el proyecto de ley presentado oportunamente al Parlamento [italiano] prescriba en los artículos referidos un conjunto de condiciones «objetivas» que proporcionen la certeza sobre los parámetros de la muerte clínica y cerebral.

El segundo punto por aclarar —la comprobación de la muerte— es de competencia de la ciencia y de la conciencia de las personas competentes, por lo que en sí no es un problema filosófico o teológico. Esto es, los signos del cese de la vida humana deben deducirse mediante los medios y los métodos que la ciencia va elaborando y perfeccionando poco a poco. En otro tiempo, mediante métodos empíricos, se consideraba muerta a la persona en la que habían cesado los latidos del corazón y faltaba la respiración; ahora, con el desarrollo de la tecnología y de la reanimación, la ciencia utiliza en ciertas situaciones, a fin de evitar errores, medios y métodos más refinados. Se llega así a la definición de «muerte clínica» que consiste en la comprobación del cese de la actividad circulatoria, respiratoria y nerviosa de modo no momentáneo sino irreversible.

Al aplicar las técnicas de reanimación, se puede mantener por un cierto tiempo tanto la respiración forzada como la circulación también forzada de la sangre; pero si mientras tanto ha sobrevenido la degeneración irreversible de los centros superiores, que se evidencia de manera definitiva con el cese de los impulsos elec-troencefalográficos y de los demás signos de la actividad cerebral, la vida humana no podrá ser reactivada, aunque pudiera persistir, bajo el impulso de las máquinas, una cierta actividad biológica.

Definido el estado de «muerte clínica» o «muerte cerebral», se considera lícita la extracción de los órganos, que continúan siendo vitales sólo porque siguen irrigados con ayuda de instrumentos.

Para tener una garantía de que el cese de la vida es irreversible y no momentáneo, se debe exigir también un cierto periodo de tiempo que la ciencia y la ley pueden precisar.

Consideramos que las disposiciones referidas anteriormente en el proyecto de ley italiana, son una garantía suficiente, incluso desde el punto de vista ético, para la determinación exacta de la muerte.

Pero en la legislación italiana podría suscitar una particular perplejidad el hecho de que se prevean condiciones diversas para declarar la muerte de la persona según que ésta sea candidata a la obtención de órganos para trasplante («muerte cerebral») o no lo sea («muerte cardiaca»). A este propósito, el Código Nacional de Bioética italiano[721] —considerando que la falta de uniformidad y claridad podría contribuir

---

[574]

a que se desatara la polémica sobre la confiabilidad de los sistemas de diagnóstico y sobre el concepto mismo de identificación de la muerte cerebral con la muerte de todo el organismo—, ha auspiciado que se llegue en el plano legislativo a una definición única de la muerte, independientemente del destino del cadáver. Y en este sentido se han presentado algunos borradores de ley.

Ciertos autores sostienen que el límite de 6 horas para la ejecución continua del electroencefalograma es demasiado breve, especialmente en el caso de los niños. En esencia, se debería comprobar no sólo el cese de la actividad de la corteza cerebral, sino también que los núcleos profundos del encéfalo, que unifican las funciones vitales, están igualmente muertos. Por esta razón, no basta, como algunos sostienen, la pérdida de las funciones de relación para que la corteza cerebral esté comprometida, aunque sea de manera irreversible; se requiere también que todo el encéfalo esté muerto. No se puede introducir la distinción entre «vida biológica» (funciones orgánicas) y «vida personal» (vida consciente y de relación), pues en el hombre hay una vitalidad única; y mientras haya vida, se debe considerar que es vida de la persona[722].

Este es el motivo de que los especialistas deban comprobar, conforme **a** lo prescrito por la ley, que incluso las funciones vitales dependientes de los centros internos del encéfalo hayan cesado, para proceder al trasplante y accionar la respiración forzada para mantener el latido del corazón y la irrigación del órgano. Esa respiración forzada es activada tras comprobarse que la espontánea es irrecuperable al estar comprometidos irreversiblemente los centros nerviosos internos del encéfalo, del cual dependen.

[721] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, Definizione e accertamento della morte nell'uomo.

[722] SGRECCIA E., La persona e la vita, «Dolentium Hominum», 1986, 2, pp. 38-41.

Pueden surgir problemas particulares en el diagnóstico de muerte cerebral cuando el paciente está en edad pediátrica. La legislación italiana no prevé, como sería de desear, criterios diversos o evaluaciones suplementarias respecto de las del adulto. El Comité Nacional para la Bioética, en el documento anteriormente recordado, auspicia que también en Italia se introduzcan los criterios que una Task Forcé **a** propósito ha elaborado para la determinación de la muerte en el niño[723].

El caso del trasplante heterólogo

El caso del trasplante de corazón de mono en una niña (Baby Fae, en 1984), al igual que el reciente trasplante de hígado de chimpancé en un sujeto adulto, han suscitado en la prensa intenogantes sobre la licitud y posibilidad de practicar trasplantes semejantes. El problema se refiere también a la cuestión del corazón artificial.

---

[575]

El problema ético se plantea en una doble dirección: si la incertidumbre del resultado y el gravísimo riesgo de rechazo no son óbice para tener una suficiente motivación de ese intento; y también, si la introducción de un corazón de animal (lo mismo que de un órgano artificial) no crea una alteración de la personalidad.

Acerca del primer interrogante, debemos decir que está fundado y que por ahora no se logra entender cómo sería posible tener con antelación una fundada esperanza de que el trasplante va a resultar; desde luego, no parece lícito proceder por un simple afán de experimentar.

En cuanto a la segunda duda, no parece estar suficientemente fundada, porque el corazón, al igual que el hígado, es un órgano de carácter ejecutivo. El corazón, por ejemplo, no es la sede de los sentimientos y de las emociones, sino simplemente una bomba aspirante e impelente que permite la irrigación y transporte de oxígeno en la sangre a todos los órganos y tejidos.

Esto no quiere decir que el sujeto portador no tenga que estar psicológicamente preparado y que no se le tenga que ayudar a convivir con la máquina extraña, o con un eventual corazón heterólogo, porque la cultura común y la sensibilidad podrían inducir una tensión de rechazo y de conflictividad, tal como ocurre con otros discapacitados dotados de órganos artificiales.

El injerto de tejidos

De la obtención y trasplante de tejidos de fetos humanos con una finalidad terapéutica hablamos en el capítulo anterior, al tratar de la experimentación sobre fetos y embriones.

---

[723] SPECIAL TASK FORCÉ (Report of), Guidelines for the determinaron of brain death in children, «Pedia- trics», 1987, 80, p. 298.

En este apartado consideraremos exclusivamente los problemas éticos vinculados con el injerto o trasplante de médula ósea, esto es, el tejido situado dentro de los huesos destinado a la producción (hemopoyesís) de los elementos celulares presentes en la sangre en circulación (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas).

Actualmente este tipo de trasplante se practica con mejores resultados como consecuencia de los avances de la investigación, como son: el que se haya podido definir mejor el sistema mayor de histocompatibilidad (HLA); el avance espectacular de la quimioterapia y la radioterapia en los últimos tiempos; y el que se puedan conservar ya durante años enteros en nitrógeno líquido los precursores hemopoyéticos (etapa fundamental para el autotrasplante), e identificar, también, y erradicar las células neoplásicas residuales en la médula. Actualmente se efectúan cada vez más trasplantes de médula en recién nacidos, aumentando también el número de centros que los llevan a cabo.

Y si en otro tiempo las indicaciones se limitaban exclusivamente a la leucemia aguda y la aplasia medular, actualmente abarcan otras diversas enfermedades hema-tológicas —incluso de naturaleza no neoplásica— y no hematológicas (neuroblastomas, melanomas y otros tumores).

---

[576]

La médula, pues, de un donador sano puede ser utilizada para sustituir a otra que, por estar alterada, es incapaz de una hematopoyesis normal o de una producción normal de células inmunocompetentes, como ocurre en la aplasia medular, en las leucemias, en los síndromes de inmunodeficiencia, en algunos defectos congénitos del metabolismo y en la talasanemia major. En las neoplasias del sistema hematopoyético o en algunos tumores sólidos, la médula de donador sano (trasplante alogénico o singénico) o del paciente mismo, crioconservada (trasplante autólogo o autotrasplante) ofrece la posibilidad de «rescate» (rescue) hemopoyético, y en particular de aumentar las dosis de fármacos citostáticos o de radiaciones más allá de los límites comúnmente permitidos, con la esperanza de erradicar definitivamente la enfermedad neoplásica.

Al decir de los autores, son las leucemias agudas no linfáticas las que presentan un mejor pronóstico con el trasplante, respecto de las leucemias agudas linfoideas, que plantean problemas más difíciles.

Para la leucemia linfática aguda en la infancia, excepto casos rarísimos, la indicación del trasplante se ofrece en segunda instancia, es decir, después de un primer intento de tratamiento quimioterápico solamente: para ésta, en efecto, la sola quimioterapia parece ser actualmente la mejor solución. En el adulto, por otra parte, y generalmente hasta los 45-50 años de edad, la leucemia linfática aguda y la leucemia mieloide aguda tienen la indicación del trasplante en primera

instancia, esto es, en conexión con la primera intervención quimioterápica[724].

En los últimos años se han incrementado en todo el mundo los trasplantes para la leucemia mieloide crónica; en este caso se va afirmando la idea de que el pronóstico mejora cuanto más pronto se realice el trasplante.

Actualmente han encontrado gran eco entre los científicos los intentos de algunos investigadores italianos[725] de curar la talasanemia major con el trasplante de médula ósea.

Estos investigadores, a finales de 1981, en colaboración con el Freud Hutchin-son Cáncer Research Center de Seattle, pusieron en marcha un proyecto para evaluar el trasplante de médula ósea precisamente como posible terapia de la talasanemia major. El primer trasplante fue efectuado en Seattle, en un niño tala-sémico al que nunca se le había hecho una transfusión de sangre porque sus padres eran Testigos de Jehová. Una semana después se realizó el primer trasplante

[577]

italiano para la talasanemia en un muchacho de 14 años, con muchas transfusiones. Mientras en Seattle, después de algunos trasplantes con resultados desfavorables, se suspendía el proyecto y se reanudaba después de algunos años, en Italia ei grupo de Lucarelli fue acumulando poco a poco una numerosa casuística. Actualmente la práctica se ha consolidado con resultados satisfactorios.

Los problemas de orden científico están vinculados a un desacuerdo entre los investigadores en la evaluación de la eficacia de tales trasplantes respecto de la de la terapia tradicional, sobre todo en el caso de la talasanemia[726].

Algunos, de hecho, defienden la idea de que disminuye la supervivencia en los sujetos que se someten al trasplante en una fase avanzada de la enfermedad. El grupo de Lucarelli, en cambio, afirma que el trasplante sigue manteniéndose como la única posibilidad de curación incluso en la talasanemia avanzada.

---

[724] MARMONT A., Stato attuale del trapianto del midollo osseo allogenico nelle leucemie, en Aíti del Convegno Internazionale «Trapianto del midollo osseo in pediatría: problematiche etico-giuridiche e scientifiche» (Pavía, 15-16 de noviembre de 1986), Pisa 1987, pp. 17-22.

[725] LUCARELLI G. y cois., Marrow transplantation for thalassaemia following busulphan and cy-clophosphamide, «The Lancet», 1985, i, pp. 1355-1357; ID., Marrow transplantation in patients with advanced thalassaemia, «NEJM», 1987, 316, pp. 1050-1055; ID., Allogenic marrow trans plantation for thalassaemia, «Exp. Haematol.», 1984, 12, pp. 676-681.

[726] KRJVIT W., WHITLEY C.B., Bone marrow transplantation for genetic diseases, «NEJM», 1987, 316, pp. 1085-1087; PIOMELU S., LERNER N. et al., Bone marrow transplantation for thalassaemia, «NEJM», 1987, 317, p. 964.

Esta segunda hipótesis es criticada abiertamente por algunos pediatras y he-matólogos. En efecto, la terapia tradicional con transfusiones periódicas y empleando actualmente medicamentos quelantes del hierro y glóbulos rojos jóvenes, reduce los efectos colaterales de este tratamiento y permite una supervivencia más prolongada que en otros tiempos. En la práctica, si la terapia de transfusión se lleva a cabo adecuadamente, el talasémico de nacimiento tiene la posibilidad de desarrollarse casi normalmente hasta la pubertad, con una esperanza de vida de cerca de 30 años por término medio.

Además, es razonable prever que con las innovaciones que se suceden en el campo biomédico habrá una ulterior mejoría de este tipo de enfoque terapéutico.

Por lo demás, si se confronta la mortalidad entre los dos tipos de terapia —la transfusión y el trasplante—, se advierte que es más alta respecto de este último. Esto ofrece ciertamente la esperanza de una curación duradera, pero para un número limitado de personas.

Por consiguiente, aun previéndose la posibilidad de curación definitiva con el trasplante, que de todos modos requiere todavía de una comprobación mediante un seguimiento más prolongado, la terapia tradicional seguiría siendo el enfoque más válido para la talasanemia, en cuanto que permite una más larga supervivencia.

Diferente es el caso de algunos tipos de leucemia aguda o de la leucemia mieloide crónica y de la aplasia medular, en el que el trasplante, si existen las condiciones para poderlo efectuar, parece ser la solución más válida[727].

---

[578]

Indudablemente, la decisión de emprender un trasplante de médula es siempre una decisión ardua, que abre nuevos horizontes a la medicina, pero al mismo tiempo desvela sus incongruencias y sus fracasos.

También para el trasplante de médula ósea es necesario referirse a los "valores éticos ya recordados al hablar de los trasplantes en general.

En especial, se tienen que respetar el principio de la defensa de la vida y el consentimiento informado, estrechamente vinculado con el primero, necesario para el respeto de la dignidad y de la libertad de la persona humana, teniéndose que aplicar ambos tanto al donador como al receptor.

[727] Cfr. FASANELLA G., SGRECCIA E., I l trapianto di midollo osseo: aspetti etici, «Medicina e
Morale»,1988,3-4, pp. 397-409; SGRECCIA E., DI PIETRO M.L., FASANELLA G , I trapianti d'organo e di tessutinell'uomo: aspetti etici, en BOMPIANI, SGRECCIA, Trapianti d'organo, pp. 150-154.

El donador no debe sufrir ün daño irreparable para su propia vida u operatividad y, por otra parte, su sacrificio debe guardar una cierta proporción con las posibilidades de un beneficio real para la vida del receptor.

Tanto el donador como el receptor deben poder dar su propio consentimiento informado.

Por lo que se refiere a la integridad física del donador, la obtención de médula ósea no determina de hecho una disminución transitoria de la integridad física, en cuanto que se restituye en poco tiempo. El único peligro real para la vida es el que depende de la anestesia general que se practica, al ser necesarias múltiples punciones para aspirar una cantidad suficiente de células, y que éstas no estén demasiado diluidas en la sangre. De todos modos, se trata de un riesgo muy bajo y, por tanto, aceptable. Incluso el peligro de infecciones, que va aparejado a las punciones, parece ser más teórico que efectivo.

Desde el punto de vista jurídico la extracción de médula ósea tampoco es contraria al artículo 5 del Código Civil italiano, en cuanto que no ocasiona una disminución permanente de la integridad física (la única excepción admitida por este ordenamiento legal se refiere a la extracción del riñon de un sujeto vivo, con 6ase en (a ley 26 de junio de 1967, n. 458}.

En cambio, por lo que se refiere al consentimiento, existen gravísimos problemas en cuanto que el donador idóneo de médula es con frecuencia menor de edad. La legislación italiana ha llenado recientemente —con la ley n. 107 de 1 4 de diciembre de 1990, que disciplina las actividades de transfusión— la laguna existente en materia de obtención de la médula de un menor de edad. En efecto, aun previendo en el artículo 3 que la obtención de sangre entera o de plasma sólo puede llevarse a cabo en personas no menores de 18 años que consientan en ello, admite no obstante que se puedan extraer plaquetas y leucocitos mediante he-moforesis y de las células estaminales medulares y periféricas incluso en sujetos menores de 18 años, previo el consentimiento de los que ejerzan la autoridad parental, o del tutor o del juez tutelar.

También en otros países existe ya una reglamentación en la materia. Por ejemplo, en Suiza, Alemania e Inglaterra basta con el consentimiento informado,

---

[579]

firmado por los padres o por quien ejerce la patria potestad. En Francia se requiere también, además del consentimiento de los padres, la intervención de tres expertos, dos de los cuales deberán ser médicos ajenos al equipo que efectúe la extracción o el trasplante.

Indepedientemente de la legislación vigente, nosotros consideramos que el principio del consentimiento informado se debe

mantener y respetar, en cuanto sea posible, introduciendo al mismo tiempo un criterio de distinción para la edad, tal como indicábamos ya para el consentimiento en la experimentación no terapéutica en el caso de menores de edad.

En efecto, una cosa es el niño de dos años que comienza a construir sus primeras frases verbales, y otra el muchacho de catorce años que, aun no habiendo adquirido todavía «la capacidad de llevar a cabo todos los actos para los cuales no se haya establecido una edad diferente» (artículo 2 del Código Civil), sin embargo puede intuir y comprender, al menos en parte, el significado y el valor de una donación. Los padres, sin forzar o intimidar, pueden guiar a! hijo para que exprese un consentimiento válido.

Padres e hijo constituirían en este caso «la unidad que expresa el consentimiento». Por lo demás, también la Declaración de Helsinki (1989) prevé que, si el muchacho puede expresar su consentimiento, éste debe ser obtenido en adición al de los padres.

Por lo que concierne al sujeto receptor, puede bastar el consentimiento de los padres para los menores de edad, tratándose de una terapia en beneficio del sujeto directamente interesado.

Por lo que se refiere al trasplante de hígado fetal, también utilizado para el trasplante de tejido hemopoyético, valen las indicaciones dadas para la extracción de los tejidos embrionales o fetales en el caso de la experimentación.

Ei **recién nacido anencefálico como donador de órganos**

La dificultad de encontrar órganos pequeños para el trasplante en niños ha sugerido recurrir al trasplante de órganos de fetos o de recién nacidos anencefálicos, especialmente cuando se trata del trasplante de riñon[728].

Antes de examinar los problemas éticos relativos al trasplante de órganos de feto o recién nacido anencefálico, hay que recordar que no se trata de buenos donadores, tanto porque frecuentemente son prematuros (53-58 por ciento) con la consiguiente inmadurez de los órganos, cuanto por la elevada incidencia de

---

[580]

malformaciones asociadas a la condición de base (cerca del 30 por ciento de malformaciones de las vías urinarias)[729].

---

[728] IÍTAKA K. et al., Transplantation of cadáver k\dneys from anencephalic donors, «J. Pediatr. », 1978, 93, pp. 216-220.

[729] BAIRD P.A., Suruiual in infants with anencephaly, «Clin. Pediatr.», 1984, 23, 5, pp. 268-271;

SHEWMON D.A., Anencepahlv: selected medical aspects, «Hastings Center Report», 1988, 18, 5, pp. 11-18.

Desde el punto de vista ético, los interrogantes que se plantean ante la posibilidad de utilizar fetos o recién nacidos anencefálicos como donadores de órganos son múltiples:

1) ¿Es lícito utilizar estos sujetos como «reserva» de tejidos y de órganos?

2) ¿Es aceptable programar y activar la «reanimación» del recién nacido anencefálico con el único propósito de mantener irrigados los órganos que se van a extirpar luego para el trasplante?

3) ¿Cuáles pueden ser los criterios para determinar la muerte cerebral en el anancefálico? Sin embargo, en la base de estos interrogantes hay otro, tal vez el más importante: ¿Cuál es la identidad del sujeto anencefálico?

Nos parece que está fuera de toda discusión el hecho de que el anencefálico es fruto de una fecundación humana, con una forma humana, que desde el momento de la fecundación está teleológicamente dirigido por un principio vital propio[730]. No se debería dudar, por tanto, de que nos encontramos ante un individuo de la especie humana, que hay que respetar como persona del mismo modo que a cualquier otro embrión.

Para responder a tales interrogantes, articularemos nuestra reflexión en torno a tres puntos: 1. La extracción de los órganos del anencefálico con vida; 2. El mantenimiento en vida de los recién nacidos anencefálicos; 3. La obtención de órganos después de la muerte.

1. Por lo que se refiere a la obtención de los órganos del anencefálico con vida, este procedimiento es aceptado en general por quienes afirman que el anencefálico no es un individuo humano o, más frecuentemente, que, dada la ausencia de buena parte de la masa cerebral, se encuentra en una situación análoga a la de la muerte cerebral. Esta hipótesis no es científicamente correcta ni éticamente aceptable: con el término de muerte cerebral, en efecto, se indica la lesión completa del encéfalo, tanto de la corteza como del tronco; mientras que en el feto o en el recién nacido anencefálico, la lesión cerebral es sólo parcial, es decir, no involucra las estructuras del tronco que son capaces, por tanto, de mantener de modo autónomo las funciones vitales.

---

[581]

2. En cuanto a la reanimación del recién nacido anencefálico, es posible localizar cuatro diferentes enfoques del problema[731]:

a) apenas nacido, el anencefálico es entubado y conectado al respirador,
manteniendo todos los parámetros vitales a fin de proceder a la

---

[730] SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., Prelieui di organi e tessuti fetali a scopo di trapianto, en BOMPSANI, SGRECCIA (coord.), Trapianti d'organo, pp. 47-84.

[731] TASK FORCÉ FOR THE DETERMINATION OF BRAIN DEATH IN CHILDREN, Guidelines for the determination of Brain Death in children, «Neurology», 1987, 37, pp. 1077-1078.

extracción de los órganos en función de las necesidades del momento e independientemente de la presencia o no de actividad del troncoencéfalo; este enfoque, como dijimos ya en el punto 1, es éticamente inaceptable;

b) apenas nacido, el anencefálico es reanimado y vigilado hasta que desaparece la actividad del troncoencéfalo; esta práctica nos parece desproporcionada respecto del diagnóstico y la entidad de la patología, configurándose así como un auténtico ensañamiento terapéutico;

c) el recién nacido es seguido con los solos cuidados ordinarios hasta que aparece hipertensión o bradicardia, momento en el que es reanimado a la espera de la muerte del troncoencéfalo; este procedimiento con la única finalidad de trasplantar los órganos representa, por tanto, una forma de instrumentación del ser humano;

d) el recién nacido anencefálico es seguido con los solos cuidados ordinarios hasta que se presenta el paro cardiorespiratorio, a continuación del cual se procede a extraer los órganos: esta práctica es la que más respeta el valor de ¡a persona del anencefálico, evitando tanto el ensañamiento terapéutico inaceptable o la instrumentación de la persona, como esa auténtica vivisección —tan deplorada para los animales— que supone cualquier otra práctica.

3. No hay impedimento alguno de orden ético para el trasplante de órganos de fetos o recién nacidos anencefálicos después de su muerte, una vez superado el problema de la comprobación de la misma, dada la dificultad objetiva para utilizar los criterios del adulto o del niño. Haciendo referencia a cuanto se indica en el informe de la Medical Task Forcé on Anencephaly[732], se considera superfluo el registro del electroencefalograma y del flujo cerebral, dada la condición anatómica intrínseca del anencefálico, así como se subraya la dificultad de evaluar la funcionalidad del troncoencéfalo mediante la evocación de reflejos, debido a la frecuente asociación de anomalías de los nervios craneales. En consecuencia, la determinación

---

[582]

de la muerte del troncoencéfalo puede llevarse a cabo sólo mediante la observación de la desaparición de los reflejos precedentemente evocados: el que éstos no se hayan advertido desde el principio, no indica necesariamente la muerte del tronco.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983.

[732] MEDICAL TASK FORCÉ ON ANENCEPHALY, The infant with anencephaly, «NEJM», 1990, 322, pp. 669-673.

—, *Trapianti. Le sostituzioni d'organo dalla frontiera alla routine,* «Tempo Medico», 15 settembre 1985 (nùmero monográfico).

—, *Actas de la Reunión Internacional «Trasplante de médula ósea en pediatría: problemas ético-jurídicos y científicos»* (Pavía 15-16 novembre 1986).

—, *II trapianto d'organo. Aspetti morali e sociali,* Consulta Regionale Lombarda per la pastorale della Sanità, Salcom, Brezzo di Bedero 1989.

—, *Actas de la Reunión Nacional «Un don para la vida»,* Universidad Católica del Sgdo. Corazón, 21 de abril de 1990, Fondazione Guido Muralti, Milán 1990.

AD HOC COMMITTEE ON BRAIN DEATH - BOSTON, *Determination of brain death,* «J. Pedia-trics», 1987, 110, 15-19.

AGICH G.J., JONES R.P., *The logical status of brain death criteria,* «J. Med. Phil.», 1985, 10, 387-395.

ALLEÑ H.D., *Is cardiac transplantation in children an experimental procedure?,* «Am. J. Disease Children*, 1986, 140, 1105-1106.

ANILE C, MAIRA G., *Biologia e fenomenologia della morte cerebrale,* «Medicina e Morale», 1986, 3, 500-507.

BAKD P.A., *Survival in infants with anencephaly,* «Clin. Pediatr.», 1984, 23, 5, 268-271.

BERETTA ANGUISSOLA A., II *clinico di fronte al trapianto di cuore artificiale,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1993, pp. 87-96.

BERNAT J.L., CULVER CM., GERT B., *On definition and criterion of death,* «Ann. Intern. Med.», 1981, 94, 389-394.

BLACK P.M., *Brain death (First of two parts),* «NEJM», 1978, 299, 33,8-344.

—, *Brain death (Second of two parts),* «NEJM», 1978, 299, 393-401.

BLUME K.G., *Marrow trasplantation,* en WILLIAMS J.W. (ed.), *Hematology,* Mc Graw-Hill, Filadelfia 1983, pp. 1584-1592.

BOMPIANI A., SGRECCIA E. (coord.), *Trapianti d'organo,* Vita e Pensiero, Milán 1989.

BONJEAN J. et al., *Le refus de soins. La dimension etique du problème,* «Médecine et Hygiène», 1984, 42, 1184-1189.

BROWNE A., *Whole-brain death reconsidered,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 28-31.

---

[583]

BUZZONI U.. *Trapianti sull'uomo: problema di cultura,* «La Civiltà Cattolica», 1992, in, 121-130 y 221-235.

CAFERRA V.M., *Diritti della persona e stato sociale,* Zanichelli, Bolonia 1987.

CAFFARRA C, *Scienza e tecnologia a servizio della vita con il trapianto di cuore artificiale,* en A A. Vv., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 97-101.
CAPLAN A.L., *Should foetuses of infants be utilized as organ donors?,* «Bioethics», 1987,1,2,119-140.
Carta dell'autodeterminazione, «Notizie di Politeia», 1991, 24, 4-5.
CASTIGLIONI G.C., *Stato attuale del problema dei trapianti,* «Medicina e Morale», 1976, 1/2, 133-139.
CICCONE L., *I trapianti di organo,* en *Salute e malattia,* Ares, Milàn 1986, pp. 210-269.
—, Aspetti etici connessi con i trapianti, «Anime e Corpi», 1988, 135, 9-20; 137, 279-288.
—, I trapianti d'organo: aspetti etici, «Medicina e Morale», 1990, 4, 693-716.
Colombo F., // suicidio. Valutazione morale, *en* Aa. Vv., // suicidio: follia o delirio di liberta?, *Paoline, Cinisello Balsamo 1989, pp. 147-154.*
Comité «Pro-Life» de los Obispos Católicos de Estados Unidos, Nutrición e hidra-tación. Consideraciones morales y pastorales, *«Medicina e Morale», 1992, 4, 763-783.*
Comitato Nazionale per la Bioética, Definizione e accertamento della morte nell'uomo *(17.2.1991), Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma 1991.*
—, Donazione d'órgano a fini di trapianto *(7.10.1991), Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e 1'editoria, Roma 1991.*
Comisión de investigación holandesa sobre la práctica médica respecto de la eutanasia, Outlines report commission inquiry into medical practice with regard to euthanasia, *«Medicina e Morale», 1992, 1, 150-156.*
Consejo de Europa — Comité de Expertos, Cuide en matiére d'organisation de la tras-fusion sanguine, adopté a Reykjavik, *1975, en* Torrelli *M.,* Le médecin et les droits de l'homme, *Berger-Lévrault, París 1983, pp. 433-434.*
Consejo de Europa — Comité de Ministros, Recommandation n. R (79)5: «Le transpon et l'échange internationaux de substances d'origine humaine», *adopfée le 14-3-1979, Estrasburgo 1979.*
—, RES (78)29 sur «L'harmonisation des législations... relatives aux prélévements, greffes et transplantations...», *adoptée le 11-5-1978, en* Torrelli *M.,* Le médecin et les droits de l'homme, *Berger-Lévrault, París 1983, pp. 413-426.*
Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal francesa*, Declaración* «Respecter l'homme proche de sa mort», *«Medicina e Morale», 1992, 1, 124-133.*
Cortesini *R. y cois., //* cuore artificíale: esperienze scientifiche e riftessioni etico-mo-rali, *en* Aa. Vv., Trapianto di cuore e trapianto di cervello, *Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 52-86.*

—, *Trapianti «made in Italy »,* «Corriere Medico», 4.3.1984, 5 ss.
CHAGAS C. (ed.), *The artificial prolongation of life and the determination of the exact moment of death* (Working Group, Oct. 19-21, 1985), Pontificia Accademia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1986.
D'ONOFRIO F., *Morte cerebrale: riflessioni,* «Medicina e Morale», 1986, 1, 73-78.
DAUSSET J., I *successi e i limiti dei trapianti effettuati sull'uomo,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 12-42.
DE MERCURIO D., *La morte cerebrale. Aspetti medico-legali,* «Medicina e Morale», 1986, 3, pp. 527-532.
DE PALMA T., *I trapianti da vivente,* «Rivista italiana di Medicina Legale», 1979, 443 ss.
DELLA CORTE F., PROIETTI R. et al., *Attualità e prospettive della rianimazione cerebrale,* «Check-up», 1987, 49, 37-43.
DEMMER K., *Liceità dell'ardita sperimentazione del trapianto cerebrale,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 150-169.
DRAKE B., ASHWAL S., SCHNEIDER S., *Determination of cerebral death in the pediatric intensive care unit,* «Pediatrics», 1986, 78, 107-112.
ETCHEGARAY R. (MONS.), Obispo de Marsella, *Prélèvements d'organs et liberti indivi-duelle,* (16-4-1978), «La Document. Catholique», 1978, 1741, 442 ss.
EUSEBI L., *Beni penalmente rilevanti e trapianti d'organo,* «Riv. It. Med. Legale», 1986, 4, 999-1025.
FACKLER J.C., ROGERS M.C., *Is brain death really cessation of all intracranial function?,* «J. Pediatrics», 1987, 110, 84-86.
FAGIOLO E., *La donazione e la trasfusione di sangue: aspetti tecnico-sanitari e morali,* «Medicina e Morale», 1979, 3, 375-395.
FANTINI B., GERMEK M.D., *Le definizioni di vita e di morte nella biologia e nella medicina contemporanea,* en Di MEO A., MANCINA C. (coord.), *Bioetica,* Laterza, Roma 1989.
FASANELA G., SGRECCIA E., II *trapianto di midollo osseo: aspetti etici,* «Medicina e Morale», 1988, 3-4, 397-409.
FIORI A., II *trapianti d'organo ed i costi-benefici del progresso medico,* «Medicina e Morale», 1984, 1, 16-26.
FIZZOTTI E., *L'onda lunga del suicidio tra vuoto esistenziale e ricerca di senso,* «Anime e Corpi», 1992, 161, 273-294.
FREER J.P., *Chronic vegetative states: intrinsic value of biological process,* «J. Med. Phil.», 1984, 9, 395-407.
FUCHS J., / *trapianti e la sperimentazione umana,* en *Medicina e Morale,* Orizzonte Medico, Roma 1969, pp. 161 ss.

FUXE K., AGNATI L.F., *Attecchimento di cellule etcrologhe nel tessuto cerebrale: un problema culturale e scientifico,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 208-235.

---

[585]

GASTAUT H., *Individualità cerebrale e psichica a proposito di un eventuale trapianto di cervello nell'uomo,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 170-183.

GILLET G.R., *Reply to M. Stanley: fiddling and clarity,* «J. Med. Ethics», 1987, 13, 23-25.

GUERNERI A., *Il momento della morte. Aspetti medico-legali,* «Federazione Medica», 1987, XL, 233-239.

HÁRING B., *Liberi e fedeli in Cristo,* IH, Paoline, Roma 1982 (trad, esp., *Libertad y fidelidad en Cristo,* 3 vols., Herder, Barcelona 1983).

HELD P.J. et al., *Access to kidney transplantation. Has the United States eliminated income and racial differences?,* «Arch. Intern. Med.», 1988, 148, 2594-2600.

HORAN D., *Euthanasia, the right to life and termination of medical treatment,* en MCMILLAN R., ENGELHARDT H.T., SPICKER S. (eds.), *Euthanasia and the newborn,* D. Reidel, Dordrecht 1987, 24, pp. 147-180.

IITAKA K. et al., *Transplantation of cadaver kidney from anencephalic donors,* «J. Pediatr.», 1978, 93, 216-220.

INTRONA F., TANTALO M., COLATIGLI A., *Il codice di deontologia medica correlato a leggi e documenti,* Cedam, Padua 1992.

JUAN PABLO II, *Discurso al Congreso Internacional sobre la asistencia al moribundo* (17.3.1992), «Medicina e Morale», 1992, 3, 419-422.

KASS L.R., *Is there a right to die?,* «Hastings Center Report», 1993, 23, 1, 34-43.

KRIVIT W., *Ethics, cost and future ofBMT for lysosomal storage diseases,* en KRIVIT W., PAUL N.W. (eds.), *Birth Defects: Original Article Series,* Alan R. Liss, Nueva York 1986, 22, 1, pp. 189-194.

—, WHITLEY C.B., *Bone marrow transplantation for genetic disease,* «NEJM», 1987,316,1085-1087.

KUSHNER T., BELLIOTI R., *Baby Fae: a beastly business,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 178-183.

LAMB D., *II confine della vita* (tit. orig., *Death, brain death and ethics,* Londres 1985), Il Mulino, Bolonia 1987.

LUCARELLI G. y cols., *Allogenic marrow transplantation for thalassaemia,* «Exp. Hae-matol.», 1984, 12, 676-681.

—, Marrow transplantation for thalassaemia following busulphan and cyclophosphamide, «The Lancet», 1985, i, 1355-1357.

—, Marrow transplantation in patients with advanced thalassaemia, «NEJM»,*1987, 316, 1050-1055.*

MAHOWALD *M.B.,* WALTERS *L. et al.,* Transplanlation ofneural tissue from fetuses, *«Science», 1987, 25,1307-1308.*

MANGA P., A commercial market of organs? Why not, *«Bioethics», 1987,1, 4, 321-338.*
MANNI C., La lógica della rianimazione da morte clínica, *en* AA. VV., Trapianto di cuore e trapianto di cervello, *Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 131-149.*
—, La morte cerebrale. Aspetti scientifici e problemi etici, *«Medicina e Morale», 1986, 3, 495-499.*

---

[586]

MARCOZZI V., *Trapianti d'organo,* «La Civiltà Cattolica», 3 aprile 1971.
MARINO P.A., *Sviluppi della medicina e progresso umano,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 236-246.
MARMONT A., *Stato attuale del trapianto del midollo osseo allogenico nelle leucemie,* en *Atti del Convegno internazionale «Trapianto di midollo osseo in pediatria: problematiche etico giuridiche e scientifiche»* (Pavia, 15-16.11.1986), Pacini, Pisa 1987, pp. 17-22.
MARZIALE F., *Cooperazione europea nell'ambito dei trapianti e problemi etici,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 184-207.
MEDICAL TASK FORCE ON ANENCEPHALY, *The infant with anencephaly,* «NEJM», 1990, 322, 669-673.
MINETTI L., II *trapianto di rene alla svolta con la ciclosporina,* «Corriere Medico», 12.12.1984, 7.
MORACZEWSKI A.S., SHOWALTER J.S., *Determination of death,* CHA, St. Louis (MO) 1982.
MORASSO G., INVERNIZZI G. (coord.), *Di fronte all'esperienza di morte: il paziente e i suoi terapeuti,* Masson, Milán 1990.
MOSKOP J.C., *Organ transplantation in children: ethical issues,* «J. Pediatrics*, 1987, 110, 175-180.
NATIONAL HEALTH AND MED. RESEARCH COUNCIL, *Report on workshops on the constitution and functions of istitutional ethics committees in Australia 1984-85* (mecanograf.), 1985, 15 + 3 apénd.
NORMANNO G., II *problema della morte e dell'eutanasia nel pensiero contemporaneo,* en BELLINO F. (coord.), *Civiltà tecnologica e destino dell'uomo,* Ospedale Miulli, Ac- quaviva delle Fonti 1989, pp. 335-345.
O'CONNELL L.J., *Medical technology: questions of life and death* en CORTIS T. (ed.), *Bioethics,* Ministry for Social Policy, Valletta 1989, pp. 13-27.
OBISPOS CATÓLICOS DE FLORIDA, Declaración pastoral *Life, death and the treatment of dying patients,* «Medicina e Morale», 1990, 3, 618-624.
OBISPOS CATÓLICOS DE PENSILVANIA, Declaración *Nutrición e hidratación. Consideraciones morales,* «Medicina e Morale», 1992, 4, pp. 739-763.
PALLIS C, *Whole-brain death reconsidered: physiological facts and philosophy,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 32-37.
PARIS J.E. et al., *Brain death with prolonged somatic survival,* «NEJM», 1982, 306, 14-16.

PEGORARO R., *Comunicazione della verità al paziente. II. Riflessioni etico-teologiche,* «Medicina e Morale», 1992, 3, 425-446.
PERICO G., *Dialisi e trapianti di rene,* «Aggiornamenti Sociali» (settembre-ottobre), 1981, 605 ss.
—, *I trapianti di organo e i problemi connessi,* en *Medicina e Morale,* Orizzonte Medico, Roma 1968, pp. 117 ss.
—, *I trapianti umani verso la nuova normativa,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992, pp. 177-196.

[587]

—, II *consenso al trapianto,* «Aggiornamenti Sociali», 1993, XLIV, 3, 173-186. .
—, *II trapianto di cuore,* «Aggiornamenti Sociali», 1968, 2, 911 ss.
—, *Il trapianto di rene,* «Aggiornamenti Sociali», 1967, 7/8, 530 ss.
—, *Primi impianti nel cervello per curare il morbo di Parkinson,* «Aggiornamenti *Sociali», 1988, marzo, 165 ss.*
—, Trapianti umani, *en* Compagnoni F., Piaña G., Privitera *S. (coord.),* Nuovo dizionario di teología morale, *Paoline, Cinisello Balsamo 1990, pp. 1383-1391.*
Perlow *M.J.,* Brain grafting as a treatment for Parkinson's disease, *«Neurosurgery», 1987, 20, 335-342.*
Pezzoli *(i.,* Silvani *V. et al.,* Human fetal adrenal medalla for transplantation in Par-kinsonian patients, *«Ann. N.Y. Acad. Sci.», 1987, 495, 771-773.*
Pío XII, Discurso a la Asociación Italiana de Donadores de córnea y a la Unión Italiana de Ciegos *(14.5.1956), en* Discorsi e Radiomessaggi, *xvm, Tipografía Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 192-201.*
Piomelli *S.,* Lerner N. *et al.,* Bone marrow transplantation for thalassaemia, «NEJM», *1987, 317, 964.*
Polizzi *F., II* programma italiano dei trapianti di cuore, *«Annali Sanitá Pubblica», 1987,46, 189 ss.*
—, L'organizzazione dei trapianti difegati in Italia, *«Federazione Medica», 1988, 4, 697 ss.*
Pontificio Consejo «Cor Unum», Documento sobre Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos *(27.6.1981), en* Enchiridion Vaticanum, *7, Deho-niane, Bolonia 1982, pp. 1133-1173.*
Practicing the PSDA, *«Hastings Center Report», 1991, 5 (S), 15-165.*
Proietti *R.,* Zanghi *F.,* Morte cerebrale: il comportamento del rianimatore, *«Medicina e Morale», 1986, 3, 508-514.*
Puca *A., II* caso di Nancy Beth Cruzan, *«Medicina e Morale», 1992, 5, 911-932.*
Rodríguez *D.,* Dono, commercio, esproprio di organi, *«Medicina e Morale» 1990, 4, 717-734.*

Secretariado de la Conferencia Episcopal Francesa, Problemi etici posti oggi dalla morte e dal moriré, *en* Spinsanti *S.,* Umanizzare la malattia e la morte. Documenti pastorali dei vescovi francesi e tedeschi, *Paoline, Roma 1980, pp. 43-44.*

Senato della Repubblica Italiana, x Legislatura, Disegno di legge: Nuova disciplina dei prelievi di partí di cadaveri a scopo di trapianto terapéutico e norme sul pre-lievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapéutico, *Roma 1985.*

Sgreccia E., Aspetti etici connessi con la morte cerebrale, *«Medicina e Morale», 1986, 3, 515-526.*

—, I I rifiuto della verila e la tentazione del suicidio, *«Prospettive nel mondo», 1982, 75/76, 35-41.*

—, La persona e la vita, *«Dolentium Hominum», 1986, 2, 38-41.*

---

[588]

—, *Trapianti di cuore: aspetti etici,* «Vita e Pensiero», 1986, 2, 92-110.

—, Dì PIETRO M.L., FASANELLA G., / *trapianti d'organo e di tessuti nell'uomo: aspetti etici,* en BOMPIANI A., SGRECCIA E., *Trapianti d'organo,* Vita e Pensiero, Milan 1989, pp. 150-154.

SHEWMON D.A., *Anencephaly: selected medical aspects,* «Hastings Center Report», 1988,18,5,11-18.

SIRCHIA G., PARRAVICINI A., *Trasfusione e trapianto,* Centro Trasfusionale, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano Editore, Milan 1990.

SPAGNOLO A.G., SGRECCIA E., *Prelievi di organi e tessuti fetali a scopo di trapianto,* en BOMPIANI A., SGRECCIA E., *Trapianti di organo,* Vita e Pensiero, Milàn 1989, pp. 49 ss.

SPECIAL TASK FORCE (Report of), *Guidelines for the determination of brain death in children,* «Pediatrics», 1987, 80, 298.

SPICKER S.F., *Philosophical aspects of brain death,* «J. Med. Phil», 1984, 9, 373-375.

SPINSANTI S., *Umanizzare la malattia e la morte. Documenti pastorali dei vescovi francesi e tedeschi,* Paoline, Roma 1980.

STANLEY J.M., *More fidding with the definition of death?,* «J. Med. Ethics», 1987, 13, 21-22.

TASK FORCE FOR THE DETERMINATION OF BRAIN DEATH IN CHILDREN, *Guidelines for the determination of Brain Death in children,* «Neurology», 1987, 37, 1077-1078.

TETTAMANZI D., II *trapianto di cuore: emotività, razionalità, sapienza,* «Società e Salute», 1986, 44/45, 56-59.

—, II trapianto di organi, en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990, pp. 335-355.

TOMLINSON T., *The conservative use of the brain-death criterion. A critique,* «J. Med. Phil.», 1984, 9, 377-393.

TORRELLI M., *Le médecin et les droits de l'homme,* Berger-Lévrault, Paris 1983.
VARGA A.C., *Organ transplantation. Artificial organs,* en *The main issues in bioethics* (rev. edit.), Paulist Press, Nueva York 1984, pp. 211-242.
VAUGHAN W.P., PURTILO R.B. et al., *Ethical and financial issues in autologous marrow transplantation,* «Ann. Int. Med.», 1986, 105, 134-135.
VEITH F.J. et al., *A status report of medical and ethical considerations,* «JAMA», 1977, 238, 1651-1655.
—, *Brain death. A status report of legal considerations,* «JAMA», 1977, 238, 1744-1748.
VIDONI G., *Attualità sui trapianti. Questioni medico-legali,* «Rivista Italiana di Medicina Legale», 1988, 519 ss.
WHITE R.J., *Individualità e trapianto cerebrale,* en AA. VV., *Trapianto di cuore e trapianto di cervello,* Orizzonte Medico, Roma 1983, pp. 102-130.
WHITE R.S., ANGSTWURM H., CARRASCO DE PAULA I. (eds.), *The determination of brain death and its relationship to human death,* Pontificia Accademia delle Scienze, Ciu-dad del Vaticano 1992.

---

[589]

CAPÍTULO 15
Bioética, eutanasia y dignidad de Ea muerte

Definición de los términos e historia del problema

El propósito de este capitulo obedece a una doble intención: reiterar las referencias esenciales de la ética, y en especial de la moral católica, que ha desarrollado ampliamente el tema de la eutanasia, y al propio tiempo aclarar el alcance del tema correlativo que se conoce con el nombre de «dignidad de la muerte» o «humanización de la muerte». Son dos aspectos vinculados con la asistencia al moribundo y entre sí, pero no coincidentes. Como se advertirá mejor en el curso de nuestra exposición, la eutanasia debe ser condenada, porque implica el dar muerte anticipadamente, aunque sea por piedad, al moribundo; mientras que lo que se ha de pro-tnover es la humanización de la muerte con todo un conjunto de medios y atenciones. Adelantamos desde ahora que en este capítulo nos referiremos ampliamente a los documentos del Magisterio de la Iglesia católica, tanto porque efectivamente en este ámbito la doctrina ética ha sido ampliamente desarrollada, cuanto porque las razones aducidas son a menudo válidas para los no creyentes.

Resultará interesante trazar un perfil histórico, antes de pasar a tratar específicamente el tema, para recordar el comportamiento adoptado al respecto entre los pueblos primitivos, en la antigüedad clásica, en la Edad Media, en el Renacimiento, y en la época moderna.

El interés de investigar la eutanasia desde el punto de vista histórico es éticamente relevante, sobre todo si se busca poner de relieve las motivaciones y el concepto de vida que tales prácticas sobreentienden. Ese tratamiento se ha esbozado ya y sigue vivo aún el interés por la investigación histórica, sobre todo en el marco de la concepción de la muerte en los diversos pueblos y civilizaciones, por los especialistas en etnología, en la antropología cultural y la historia de las cos-tumbres; por esto nosotros nos limitamos aquí a repasar tales estudios rápidamente. Después de un estudio histórico comparativo, el antropólogo Thomas saca esta conclusión un tanto paradójica: «Hay una sociedad, la africana, que respeta al hombre y acepta

---

[590]

la muerte; y otra, la occidental, que es mortífera, tanatocrática, obsesionada y aterrada ante la muerte»[733].

Es obvio que sea en esta segunda sociedad donde se presenta la instancia de la eutanasia por ley.

Pero también entre los primitivos pueden encontrarse prácticas análogas a la eutanasia e incluso se practican sacrificios humanos con trasfondo religioso. Entre los battaki de Sumatra el padre anciano, tras invitar a los hijos a comer su carne, se deja caer de un árbol como un fruto maduro, después de lo cual los familiares lo matan y se lo comen.

La práctica de dar muerte a los ancianos se encuentra entre algunas tribus de Aracan (India), de Siam inferior, así como entre los cachibas y los tupi del Brasil; y en Europa, entre los antiguos wendi, una población eslava, e incluso en nuestro siglo, en la secta pseudorreligiosa rusa de los «estranguladores».

Sacrificios humanos, de personas jóvenes o de primogénitos, se observan en todos los continentes entre los pueblos de las antiguas civilizaciones[734].

Más interesante, incluso para la historia del pensamiento, podría ser el examen de este tema en el mundo occidental. Todos conocemos la suerte reservada en Esparta a los recién nacidos deformes y sabemos que Aristóteles [Política, VII, 1335b) aprueba su práctica por razones de utilidad política. Platón amplía esta legitimación a los adultos gravemente

[733] GRUMAN G.J., Death and dying: Euthanüsia and sustaining life. Historical perspectives, en Enciclopedia of Bioethics, pp. 261-268; PELUCCIA G., L'eutanasia ha una storia?, en AA. VV., Moriré sí, ma quando?, Milán 1977, pp. 68 -96. Para la historia del derecho en relación con la eutanasia, cfr. D'AGOSTINOF., Eutanasia ediritto, ibi, pp. 164-178.

[734] THOMAS L.V., Antropología della morte, Milán 1976.

enfermos, a los que se suprime con la colaboración de los médicos (República, 460b). En Roma, aparte la costumbre de la exposición de los niños deformes, que persistió hasta los tiempos del emperador Valente, conocemos la simpatía de muchos escritores y la-práctica efectiva del suicidio, especialmente en el periodo del Imperio. Tácito elogia (Anales, XVI, 18-19) el suicidio de Petronio; Valerio Máximo se complace en referir que el Senado de Marsella custodiaba el «veneno de Estado» y Silio Itálico, que se aplicó a sí mismo la eutanasia, elogia las costumbres de los celtas «muy dispuestos a acelerar la muerte» de sus ancianos, de los enfermos y los heridos en la batalla. En Roma la exaltación de la fuerza, de la juventud y del vigor físico (que hacían concebir una verdadera repugnancia por la vejez y la enfermedad) se conjugó con la doctrina estoica que exaltaba e hizo memorables muchos suicidios de personalidades conocidas en la cultura, como Séneca, Epicteto o Plinio el Joven. Pero tampoco faltaron en el mundo greco-romano los opositores a semejantes prácticas y teorías: entre los griegos, Pitágoras y sobre todo Hipócrates y Galeno. El célebre «Juramento» de Hipócrates reza a este propósito: «No me dejaré llevar por la súplica de nadie,

---

[591]

cualquiera que fuere, para proporcionar un veneno o dar mi consejo en una contingencia semejante».

Entre los romanos se recuerda lo que Cicerón escribe en el Somnium Scipionis (III, **7):** «Tú, ¡oh Publio!, y todas las personas rectas, deberéis conservar vuestra vida y no deberéis alejaros de ella sin el mandato de aquel que os la dio, a fin que no parezcáis sustraeros a la tarea humana que Dios os ha confiado»[735].

Los historiadores del derecho están de acuerdo en comprobar que la llegada del cristianismo al mundo occidental representó, bajo este punto de vista, un viraje en las costumbres y el pensamiento; aparte alguna reminiscencia de impronta estoica y utilitarista en la época moderna, como se puede comprobar en ciertas afirmaciones de Tomás Moro, Bacon o Locke (afirmaciones no por todos interpretadas con el mismo significado), hay que llegar al nazismo para ver cómo explota esta práctica en forma organizada. «Desde el advenimiento del cristianismo la temática de la eutanasia no ha conocido, hasta nuestro siglo, auténticos momentos de novedad» (D'Agostino).

Sin embargo, como no creo necesario alargarme en este preámbulo porque requeriría mayor espacio, remito a los estudios y síntesis fácilmente accesibles para todos[736], prefiriendo centrarme en el

---

[735] PELUCCIA, L'eutanasia ha una storia?, pp. 80-84.

[736]Para la historia de la eutanasia, véase, además del citado trabajo de PELUCCIA (nota 1), también D'AGOSTINO F., Eutanasia, diritto e ideologia, «Iustitia», 1977, xxx, 3, pp. 285-306; VOLTERRA E., Esposizione dei nati: diritto greco e romano, «Novissimo Digesto Italiano», voi. vi, Turín 1960, pp. 878-879; ODDONE A., L'uccisione pietosa, «La Civiltà Cattolica», 1950, i, pp. 248 ss.; ROSE H.J., voz Euthanasia, en Enciclopedia of

desarrollo del tema, en relación con las presiones culturales actuales, manteniendo la perspectiva ética y teológica.

Por lo demás, el movimiento de opinión favorable a la eutanasia, tan activo actualmente, tiene connotaciones y motivaciones características, que no son idénticas a las que sostenían la muerte piadosa en otros periodos históricos. El movimiento actual no se limita a la actitud de comprensión humanitaria del hecho, cuando sobreviene el llamado «hecho piadoso», sino que busca la legalización. Es por esto por lo que debemos hablar de este movimiento para captar su ideología subyacente y analizar también el contexto ético-cultural del que nace y en el que se nutre.

Con frecuencia se vincula espontáneamente con el movimiento de ideas que ha llevado en muchos países a la legalización del aborto voluntario; efectivamente, no es difícil captar el trasfondo cultural común a las dos instancias de legitimación de la «muerte infligida», constituido por la minusvaloración del valor de la persona, advirtiéndose también la estrategia similar adoptada por los defensores de una y otra instancia de muerte: se comienza por sensibilizar a la opinión pública en torno

---

[592]

a los «casos piadosos» y se exalta la suavidad de las sentencias de los tribunales que en tales casos ha instruido procesos penales, para llegar a la solicitud de la legitimación por ley, una vez que la opinión pública se ha sensibilizado oportunamente a través de los medios de comunicación y el debate público[737].

Pero hay un aspecto nuevo y peculiar —y, si se quiere, más terrible— en la campaña que defiende la legitimación de la eutanasia: el constituido por el potencial de implicación social y personal, que es enormemente más amplio de lo que podría parecer, por lo menos en sentido inmediato, en comparación con la legalización del aborto. El hecho del aborto puede ocurrirle a alguno, la muerte es el destino de todos.

Me parece oportuno, en esta parte introductoria, dar una definición precisa de eutanasia y distinguir este tipo de procedimiento de cualquier otra práctica médica dirigida a aliviar el dolor o a evitar tratamientos terapéuticos no necesarios ni proporcionados al efecto deseado de prolongar la vida.

Adoptamos como definición la que da V. Marcozzi, con la que concuerdan también algunos juristas y moralistas de reconocida competencia. Así, pues, por eutanasia se entiende «la supresión indolora

---

religión and ethics, voi. v, Edimburgo 1971; cfr. ibi, la voz Suicide, a cargo de A. W. MAIER, voi. xn, p. 32. Una obra de consulta útil para el periodo romano es el Dizionario delle Antichità Classiche de Oxford (coord. por CARFTTELLA M.), 3 vols., Roma-Alba 1963.

[737] ESPOSITO R.F., L'eutanasia nella stampa di massa italiana, en AA.VV.., Morire sì, ma quando?, pp. 17-35.

o por piedad de quien sufre o se considera que sufre o puede sufrir en el futuro de modo insoportable»[738].

Esta definición coincide sustancialmente con la que da, en la Declaración sobre la Eutanasia (fura et bona) del 5 de mayo de 1980, la Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe, donde se define más analíticamente: «Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en su intención, procura la muer-té a fin de eliminar todo dolor».-El documento mismo distingue entre esta acepción y otros significados que a menudo se le dan a la palabra, como el genérico etimológico

[593]

de «muerte sin dolor», que puede ser también la muerte natural, o bien «la intervención de la medicina dirigida a aliviar los dolores de la enfermedad y de la agonía, a veces incluso con el riesgo de anticipar la muerte»[739].

Para evitar posibles confusiones utilizaremos el término eutanasia sólo en el sentido auténtico, definido por el documento y por los teólogos moralistas; mientras que en los demás casos utilizaremos el término de «cuidado del dolor» o terminologías médicas más técnicas.

Para completar el panorama de las definiciones hay que añadir que ahora se habla de eutanasia no sólo en relación con el enfermo grave y terminal, sino también con otras situaciones, como el caso del recién nacido afectado de graves deficiencias, al que algunos sugieren

---

[738] MARCOZZI V., Il cristiano di fronte all'eutanasia, «La Civiltà Cattolica», 1975, IV, p. 322. La definición la hizo suya también S. LENER en el artículo en el que analiza la Recomendación del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y los moribundos, del 29 de enero de. 1976, con el título Sul diritto dei malati e dei moribondi: è lecita l'eutanasia?, «La Civiltà Cattolica», 1976, n, pp. 217-232. Cfr. también HÁRING B., Eutanasia e teologia morale, en AA.VV., Morire sì, ma quando?, pp. 221-232; ID., Libertad y fidelidad en Cristo, m, pp. 119-145 (de la edic. it); ID., La legge di Cristo, voi. m, Brescia 1964, p. 223; ID. Etica medica, pp. 240-250; PERICO G, Difendiamo la vita, Milán 1962, pp. 465 ss.; BOSCHI A., L'eutanasia, Turín 1950; PALAZZINI P., Dictionarium Canonicum et Morale, Roma 1965; BOK S., Death and dying: Euthanasia and sustaining Ufe. Ethical views, en Enciclopedia of Bioethics, pp. 268-277. No se encuentra una definición precisa, pero se intenta trazar una línea de de-marcación entre lo que es supresión voluntaria y responsable y lo que no lo es. CHIAVACCI E., Promozione dei diritti del malato posto di fronte alla prospettiva della morte, en AA. W., Morire sì, ma quando?, pp.253-266; ID., Morale della vita fisica, Bolonia 1976; ID., Eutanasia e diritto di morire con dignità (editorial), «La Civiltà Cattolica», 3202, 19 de noviembre de 1983, pp. 313-329; Rossi L., voz Eutanasia, en Dizionario enciclopedico..., pp. 380-386; SPAGNOLO G , L'eutanasia: aspetto etico del problema, «Scienza e fede», 1983, 8 , pp. 1-38; PERICO G., Problemi che scottano, Milán 1976, pp. 229 ss.; ODDONE, L'uccisione pietosa-, GJNTHOR A., Chiamata e risposta, voi. DI, Aba 1977, p. 602.

[739] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre La eutanasia (5 de mayo de 1980), en Enchiridion Vaticanum, 7, pp. 332-351. Para el comentario a esta Declaración, cfr. VISSER J.V., Pronunziamento ufficiale della S. Sede sull'eutanasia, «Medicina e Morale», 1981, 3, pp. 358-372.

abandonar dejando de alimentarle para evitar —según dicen— que siga sufriendo, y un peso a la sociedad; en esta situación se habla de «eutanasia neonatal», a la que aludimos ya en el capítulo dedicado al diagnóstico prenatal. En la actualidad se viene esbozando otra acepción de eutanasia llamada «social», la cual se presenta no como opción de un individuo en particular, sino de la sociedad, como consecuencia del hecho de que las economías en materia de gasto sanitario no podrían soportar ya la carga financiera que supone asistir a enfermos con padecimientos muy prolongados en cuanto al pronóstico, y muy costosos en cuanto a los gastos. De esta manera, los recursos económicos se reservarían para aquellos enfermos capaces de reanudar, una vez curados, la vida productiva y laboral. Es ésta una de las amenazas de una economía que quisiera obedecer sólo al criterio del costo-beneficio.

El contexto cultural actual

Nos hemos referido ya a la práctica nazi de la eutanasia programada, cuando se trató del primer programa político de eutanasia estudiado y puesto en práctica. Según los investigadores que han tenido acceso a las actas del proceso de Nu-remberg, de 1939 a 1941 fueron eliminadas más de 70 mil vidas definidas como «existencias carentes de valor vital»[740].

La razón que motivó aquel programa (así como el de la eliminación de los judíos y de los prisioneros en los campos de concentración) era conjugar el racismo con el estatismo absolutista, que se hacía coincidir con los cálculos más cínicos para adelgazar los gastos del Estado, con el fin de dedicar los recursos económicos

---

[594]

a cubrir los gastos de la guerra. Se ha hecho notar acertadamente que no es la misma ideología que induce actualmente a legitimar por ley la eutanasia; y que se cometería un error sociológico e histórico si, polémicamente, se tuviera al nazismo como referencia para combatirla. Ciertamente, las razones aducidas por sus defensores actuales no coinciden con las de aquél; por lo que el análisis debe hacerse en sentido objetivo y desapasionado.

Sin embargo, las teorías de los nazis y la actual ideología en favor de la eutanasia tienen un punto en común, y es la falta del concepto de emergencia-trascendencia de la persona humana: cuando se deteriora este valor, estrechamente vinculado con la afirmación de la existencia de un Dios Personal, el arbitrio del hombre sobre el hombre debe ser reivindicado por el jefe político de un régimen absoluto o bien por las instancias del individualismo. Si la vida humana no vale por sí misma,

---

[740] D'AGOSTINO, Eutanasia, diritto e ideología, p. 298. Sobre los datos acerca del tema ha investigado MIELKE M., Medizine und Menschlickeit. Dokumenten des Nürnberger Aerzteprozesses, Frankfurt a. M./Hamburgo 1960; COTTA S., Vita física e legislazione, Roma 1985.

cualquiera puede instrumentarla[741] en orden a alguna finalidad contingente. Aun cuando no exista una sociología sistematizada del fenómeno que estamos analizando, podemos resumir las conclusiones de los estudiosos, juristas y sociólogos, en los tres componentes, o matrices del movimiento pro-eutanasia, siguientes.

La secularización del pensamiento y de la vida

Esta secularización impide entender el significado de la muerte y el valor del dolor.

La mentalidad secularizada tiene, como se sabe, diversas gradaciones: se puede expresar como justa valoración de la autonomía relativa y del valor de las realidades temporales; se expresa también como exclusivo interés por las realidades mundanas y, además, como rechazo de toda dependencia de Dios y de la ley moral por parte del hombre. Es en estas dos últimas actitudes en las que la secularización revela su incapacidad para dar sentido al dolor y a la muerte. La muerte sólo tiene sentido si, al privar al hombre de los bienes terrenales, abre la esperanza hacia una vida más plena. La incapacidad de dar sentido a la muerte lleva a dos actitudes vinculadas entre sí: por una parte, se ignora y se la aleja de la conciencia, de la cultura, de la vida y, sobre todo, se la excluye como criterio de verdad y de valoración de la existencia cotidiana; por otro lado, se la anticipa para escapar a su choque frontal con la conciencia[742].

---

[595]

«La eutanasia se vincula con el proceso de secularización que inunda a nuestra sociedad y que se expresa, sobre todo, como forma suprema de reivindicación de la independencia del hombre incluso (más bien, sobre todo) frente a Dios y, consecuentemente, como trivialización del sufrimiento y como rechazo del simbolismo religioso de la muerte»[743].

La muerte le indica al creyente su contingencia y su dependencia primordial de Dios; pone la vida en manos de Dios en un acto de total obediencia. La eutanasia —y lo mismo el suicidio— son signos de una

[741]Sobre este punto podemos compartir la tesis de LÉVINAS E., Etica ed infinito, Roma 1984.

[742] ARIES PH., Essais sur l'histoire de la morí en Occident du Hoyen Age rj nos jours, París 1975; In., La mort inversée, «La Maison Dieu», 1970, pp. 57-88; MORIN E., L'homme et la mort devant l'histoire, Paris 1951; SPINSANTI S., Psicologi incontro ai morenti, «Medicina e Morale», 1976, 1-2 , pp. 79-96; ID. (coord.), Umanizzare la malattia e la morte. Documenti pastorali dei vescovi francesi e tedeschi, Roma 1980; ID., voz Salute, Malattia, Morte, en COMPAGNONI, PIANA, PRIWTERA (coord.), Nuovo dizionario..., pp. 1134-1154; PETRINI M., L'assistenza al morente: orientamenti e prosperile, «Medicina e Morale», 1985, 2, pp. 365-398.

[743] CAMPANINI G., Eutanasia e società, en AA.VV., Morire sì, ma quando?, pp. 58-67; la cita está en la p. 62.

reivindicación del hombre de disponer plenamente de sí, de su propia vida y de su propia muerte. La secularización se ve reforzada también en la era industrial por la búsqueda del utilitarismo produc-tivista y, consiguientemente, por la ética del hedonismo, para la cual la muerte y el dolor son elementos de máxima perturbación. Para este tipo de cultura, el dolor y el sufrimiento comportan sobre todo una carga «desvalorizadora», suscitando su rechazo.

De aquí nace el «tabú» de la muerte y de todo lo que la acompaña; de aquí surge el requerimiento social de una medicina que asegure «el pleno bienestar físico, psíquico y social» e incluso la muerte sin dolor. La muerte se ha convertido en un «tabú», en algo innombrable, y, como en otros tiempos del sexo, no se puede hablar de ella en público.

«En el siglo XX la muerte ha reemplazado al sexo como principal interdicción. En otro tiempo se decía a los niños que los había traído la cigüeña, pero ellos asistían a la gran escena del adiós en la recámara y a la cabecera del moribundo. Hoy los niños son iniciados, desde la más temprana edad, en la fisiología del amor y del nacimiento; pero cuando preguntan por qué ya no pueden ver a su abuelo, en Francia se les responde que se fue a un largo viaje muy lejos, y en Inglatena, que reposa en un hermoso jardín en el que florecen las madreselvas. A los niños no los traen ya las cigüeñas; pero los muertos desaparecen entre las flores»[744].

La eutanasia, como escape al dolor y la agonía, se efectúa primero en el espíritu y, luego, en la sociedad y en el derecho.

Como comprobación de todo lo que estamos diciendo, basta observar en qué países y en qué contextos culturales se solicita la eutanasia: son los países de una sociedad industrializada y secularizada. Comenzó en el Estado de California, cuando en 1976 se activó una ley que de hecho despenalizaba la eutanasia (Natural Death Act), previa petición del paciente (living will) expresada como voluntad testamentaria; al año siguiente, en 1977, otros seis Estados de la Unión emitieron leyes

---

[596]

similares, en las que se reconoce el derecho de cualquier mayor de edad a redactar por escrito, con validez quinquenal, una serie de instrucciones a su médico para que no utilice o para que interrumpa las «terapias de sostenimiento vital», en caso de que llegue al extremo de su condición existencial. El 27 de septiembre de 1977 el cantón suizo de Zurich aprobó por referendo una ley sobre la eutanasia. El debate volvió a encenderse en Londres, después de que en años anteriores se habían rechazado algunas propuestas de ley en la Cámara de los Lores [Voluntar]; Euthanasia Bill 1969).

La presión de los sondeos de la opinión pública es fuerte también en Alemania y en Bélgica, agudizándose cada vez que salen a la luz

---

[744] ARIES, Essais sur l'histoire de la mori..., p. 186.

casos de piedad[745]. En Italia se ha tenido la sensación de que la práctica oculta precede al debate público.

A esta presión en pro de la legalización de la eutanasia contribuyen asociaciones como la Euthanasian Society, of America que presentó en la ONU una petición para que el derecho a la eutanasia fuera incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esta presión cultural se refuerza con la influencia de grupos y movimientos propagandísticos en favor del suicidio concebido como self-deliverance. Arthur Koestler, quien, enfermo del mal de Parkinson y leucemia, se dio muerte junto con su mujer Cynthia en 1983, había prologado el manual A Guide to Self-Deliverance que se distribuyó a los miles de miembros de «Exit», la sociedad británica para la eutanasia voluntaria de la que Koestler era vicepresidente, sabiéndose que en varios países europeos existen numerosos grupos similares a ésta. Así, en Francia se repartieron 100 mil ejemplares de un libro parecido, Suicide: mode d'emploi («Suicidio, instrucciones de uso»). Grandes periódicos como «Le Monde», «Time» o «The Lancet», dan a menudo noticia de muertes por piedad provocadas a niños que nacieron deformes. Práctica que también en Inglaterra han propuesto algunos médicos para evitar los gastos y los riesgos del diagnóstico genético prenatal en recién nacidos con deficiencias[746]. También en Francia, la APEH (Association pour la prevention de l'enfance handicapée, Asociación para la prevención de la infancia discapacitada) ha presentado una propuesta de ley cuyo artículo I° reza:

«Un médico no cometerá crimen ni delito alguno si se abstiene de administrar a un recién nacido de menos de tres días los cuidados necesarios para sobrevivir

[597]

si el niño presenta una enfermedad incurable, de manera que se prevea que no podría nunca tener una vida digna de ser vivida»[747].

A activar este tipo de ideología contribuyó, sobre todo, el conocido **Manifiesto sobre ¡a eutanasia** publicado en «The Humanist» (en julio de 1974), firmado por cerca de 40 personalidades como los premios Nobel Monod, Pauling y Thomson. Este manifiesto merece algún

---

[745]Cfr. SPAGNOLO, L'eutanasia: aspetto etico del problema. El artículo recuerda los llamados casos piadosos de los que se nutre la propaganda pro-eutanasia: el caso del médico Sanders, que en 1950 suprimió a una señora de 59 años enferma de cáncer; en Bélgica, el caso de Corinne Vandelput, niña focomélica muerta por sus padres ; en Francia, el caso de Faita, que mató a su hermano gravemente enfermo y fue absuelto por la Corte de Apelación del Rhin; en Italia, el caso Davani, quien en 1970 arrojó al Tiber a su hijito deforme y evitó cualquier tipo de pena. Todos recuerdan el caso de Baby Jane Doe, que hace algunos años fue dejada morir por inanición en EUA por voluntad de los padres, porque había nacido con hidrocefalia y espina bífida.

[746] Véase el editorial de «La Civiltà Cattolica», 3202, pp. 313-329.

[747]«Corriere della Sera» del 7.11.1987.

comentario, porque evidencia un componente análogo a la mentalidad en favor de la eutanasia.

El cientificismo racionalista y humanitarista

El pensamiento cientificista, del que Monod es uno de los principales representantes, parte de la premisa de que el conocimiento objetivo sólo es posible en el campo de la ciencia experimental; éste sería incompatible con cualquier tipo de conocimiento que él llama subjetivo, y que, por esto, excluiría los valores éticos, relegados por Monod al campo del mito y de la imaginación. El hombre surgido por azar en un universo surgido a su vez del «azar» y de la «necesidad», es arbitro de sí mismo y no tiene otra referencia fuera de su propio ser; la razón, la «científica», es la única guía y no debe responder de su destino ante nadie más. «El hombre sabe finalmente que está solo, en la inmensidad indiferente del Universo del que emergió por casualidad»[748].

De estas premisas, el Manifiesto deduce con más o menos lógica:

«Afirmamos que es inmoral aceptar p imponer el sufrimiento. Creemos en el valor y en la dignidad del individuo; esto implica que se le deje libre de decidir racionalmente sobre su propia suerte». —En otros términos, hay que proporcionar los medios de morir suave y fácilmente a cuantos estén afligidos por males incurables, y hayan llegado a su último estadio. — «No puede haber eutanasia humanitaria excepto la que provoca una muerte rápida e indolora y que es considerada como un beneficio por el interesado. Es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida en vida contra su deseo, y que se le rehuse la deseada liberación, cuando su vida ha perdido toda dignidad, belleza, significado y perspectiva de futuro. El sufrimiento inútil es un mal que deberían evitar las sociedades civilizadas. Recomendamos a cuantos comparten nuestro parecer firmar su "última voluntad" en vida, de preferencia cuando gozan todavía de buena salud, declarando que pretenden hacer respetar su derecho a morir dignamente (...) Deploramos la moral insensible y las restricciones legales que obstaculizan analizar ese caso ético que es la eutanasia. Apelamos a la opinión pública inteligente, para que supere los tabúes tradicionales y tenga compasión de los

---

[598]

sufrimientos inútiles al momento de morir. Todo individuo tiene derecho a vivir y a morir con dignidad»[749].

Se podría hacer notar la contradicción que subyace en este texto, que pasa de la condena de la moral y de la ley que piden soportar el

---

[748] MONOD, El azar y la necesidad. Cfr. el comentario en Giusm G., L'eutanasia: diritto di muere, diritto di moriré, Padua 1982.

[749] El texto fue publicado en «The Humanist», julio de 1974; cfr. el primer comentario en MARCOZZI V., I I cristiano di fronte a!!'eutanasia, «La Civiltà Cattolica», 1975, iv, p. 322.

dolor, definiéndolas como crueldad, a invocar la exigencia «ética» de la ley sobre la eutanasia, que implica suprimir anticipadamente la vida ajena.

Está claro, de todas maneras, el horizonte cultural del documento: sobre el ateísmo materialista de fondo se instaura la pretensión de la ciencia de transformar a la muerte de «evento» en «acontecimiento» calculado y programado[750]. Se ha hecho notar acertadamente que en el fondo de estas concepciones no está sólo la falta de fe en Dios y en la vida eterna abierta al hombre, sino, tal vez antes y más radicalmente, la muerte de la metafísica y de la ontologia de la persona. Cuando el valor «objetivo» de la persona desapareció del pensamiento occidental al triunfar las filosofías de la inmanencia y del subjetivismo, la muerte del hombre, en su valor trascendente, estaba ya dentro de las conciencias; el resto (eutanasia, suicidio o violencia) vino luego lógicamente.

«El humanitarismo es la metafísica de la subjetividad», o sea, «la primacía indiscutible que el "yo" ha asumido en la filosofía, en la ética, en el arte, en la política»[751]. «En las sociedades socializadas, en el tejido denso y sin salidas de la inmanencia, los hombres sienten la muerte todavía como algo aún ajeno y exterior. No pueden hacerse a la idea de que tienen que morir. [...] Por el hecho de que ella (la muerte) los transforma literalmente en cosas, eligen la muerte permanente, la reificación»[752].

Es como decir que, cuando el hombre no advierte ya el valor trascendente de persona, no le queda sino sentirse una cosa. La concepción personalista del hombre, mientras acepta para cualquier persona humana el límite tiempo-mortalidad, supera sin embargo el horizonte terreno del individualismo reconociendo el valor objetivo, trascendente de la persona y sú destino ultraterrenal. Debemos aprender la lección de Heidegger que ve la muerte inscrita en la vida entera como la luz que desvela las limitaciones, y compaginar esa lección con la metafísica de Santo Tomás, que abre el ser personal del hombre a la vida ultraterrena.

La descompensación de la medicina entre tecnología y humanización

Los avances de la medicina han agudizado el problema de la eutanasia o, por lo menos, han planteado con mayor evidencia el problema de la «muerte digna». Esto

---

[599]

ha ocurrido en dos direcciones: en la dirección del progreso tecnológico de la asistencia a los moribundos y en la de la llamada socialización de la

---

[750] CAMPANINI, Eutanasia e società, p. 65.
[751] D'AGOSTINO, Eutanasia, diritto e ideologia, p. 301.
}[752]ADORNO T.W., Dialettica negativa, Turin 1970, p. 334.

medicina. «Los recientes progresos de la ciencia repercuten de manera creciente en la práctica médica, en particular por lo que se refiere al cuidado de los enfermos graves y moribundos»[753].

La polémica suscitada en 1975 a propósito del caso de Karen Ann Quinlan puso en evidencia el hecho de que los progresos médicos hacen cada vez más difíciles de definir las fronteras entre la vida y la muerte, entre el coma irreversible y el reversible.

Las técnicas de reanimación permiten que muchos se recuperen prodigiosa y totalmente, pero con frecuencia condenan a otros tratamientos que, más que la vida, lo que prolongan es la agonía[754].

El esfuerzo tecnológico en las salas de reanimación va acompañado a menudo del aislamiento y la soledad del enfermo; aislamiento de los familiares incluso en el momento de la muerte, soledad incluso respecto del cuerpo médico afanado en torno de las máquinas.

Estas situaciones límite plantean problemas éticos sobre la licitud y obligatoriedad de ciertas intervenciones de técnicas de reanimación más allá de un determinado límite, y plantean también el problema ético de la obligación de la asistencia humana, psicológica, a este tipo de moribundos.

La otra fuente de problemas éticos para la medicina actual está constituida por las consecuencias de la llamada socialización de la medicina. El requerimiento de salud, apoyado por el requerimiento del bienestar individual y social, lleva al sobrecupo en los hospitales y, por esto, a la despersonalización de la asistencia sanitaria, al aislamiento del moribundo en los centros de salud; todo ello hace que le sea realmente difícil al personal que presta la asistencia, pasar de la simple asistencia técnica a la asistencia humana[755].

La enseñanza del Magisterio de la Iglesia

Entrando de lleno en el tratamiento ético, comenzaremos por sintetizar los documentos del Magisterio de la Iglesia que tratan del tema, para poner de relieve las etapas progresivas de enriquecimiento y de clarificación. Las líneas de desarrollo de la doctrina de la Iglesia, para quien las recorre cronológicamente, se presentan orientadas de la manera siguiente:

---

[600]

[753] PONTIFICIO CONSEJO «COR UNUM», Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos (27.6.1981), en Enchiridion Vaticanum, 7 , pp. 1133-1173.

[754] SECRETARIADO DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL FRANCESA, Problemas éticos planteados hoy por la muerte y eí morir, «Bulletin du Secrétariat de la Conférence Episcopale Française», n. 6, marzo de 1976.

[755] VILLA, Medicina oggi...

a) una gradual clarificación y distinción de conceptos. Surge así la definición de eutanasia propiamente dicha; la noción de terapia del dolor, que puede comportar el acortar indirectamente la vida; el concepto de los medios terapéuticos «extraordinarios o desproporcionados», y el rechazo del ensañamiento terapéutico o distanasia;

b) se comprueba, además, una ampliación gradual del razonamiento sobre la eutanasia; se establece la conexión con otras formas y actitudes culturales contrarias a la vida, y se precisa cada vez más el deber de la comunidad cristiana en sentido preventivo con el fin de ofrecer una adecuada asistencia a los moribundos.

En esta evolución gradual de las orientaciones —que de doctrinales se vuelven cada vez más pastorales y culturales—, la Iglesia ha seguido evidentemente tanto el progreso de la ciencia médica como la evolución, no siempre positiva, de las costumbres sociales.

Al analizar el Magisterio de la Iglesia, tomaré en consideración no sólo los documentos pontificios y conciliares, sino también los documentos de organismos episcopales nacionales.

La doctrina de la Iglesia, por lo demás, arranca de algunos puntos firmes: el reconocimiento del carácter sagrado de la vida del hombre, en cuanto criatura; la primacía de la persona sobre la sociedad; el deber consiguiente de la autoridad de respetar la vida inocente (sin prejuzgar el problema sobre la pena de muerte). Son éstos puntos clave en los que el pensamiento de la Iglesia nunca será corregido[756].

Pío XII se sintió llamado a intervenir sobre el problema, por dos circunstancias concomitantes y vinculadas entre sí: la práctica y la doctrina nazi que se fue afirmando de 1939 en adelante, y la solicitud de aclaración que el cuerpo médico le planteó al Pontífice[757].

Citando los principales discursos y los pasajes más significativos de la enseñanza de Pío XII, recordaré las afirmaciones de la Encíclica Mystici Corporis (29 de juniode 1943) que reiteraba una respuesta oficial dada por Decreto del Santo Oficio (del 2 de diciembre de 1940), referida directamente a las prácticas nazis sobre la «supresión forzosa» motivada por «taras psíquicas y físicas»:

---

[601]

«Con íntima aflicción vemos que a veces se priva de la vida a los contrahechos, a los dementes, a los afectados de enfermedades hereditarias, por considerarlos como carga molesta de la sociedad; y que

---

756 IORIOT., Theologia moralis, o, Nápoies 1939, p. 143; PALAZZINI, Dictionarium Canonicum et Morale, íi, pp. 304-305.

757 Para una recopilación de los documentos del Magisterio pontificio y episcopal (con exclusión de algunos documentos más recientes), véase CAPRILE G., Il Magistero della Chiesa sutl'eutanasia, en AA. VV., Moriré sí, ma quando?, pp. 192-220, donde se pueden encontrar las citas de las colecciones oficiales; Pío **XII,** Discorsi e Radiomessaggi recogidos en varios volúmenes de la «Tipografía Políglota Vaticana», de «L'Osservatore Romano» y de las «Acta Apostolicae Sedis»;

algunos alaban esta manera de proceder como una nueva invención del progreso humano, sumamente provechoso a la utilidad común. Pero, ¿qué hombre sensato no ve que esto se opone gravísimamente no sólo a la ley natural y divina (Decr. del Sto. Oficio, 2 de diciembre de 1940) grabada en la conciencia de todos, sino también a los más íntimos sentimientos humanos? La sangre de estos hombres, tanto más amados del Redentor cuanto más dignos de compasión, "clama a Dios desde la tierra" (Jer 4, 10)»[758].

Por lo que concierne al acto de matar por piedad a manos del médico o a requerimiento del paciente, tenemos muchas intervenciones de Pío XII, empezando por el discurso dirigido a la Asociación Médico-Biológica «San Lucas» el 12 de noviembre de 1944, en el que resume la enseñanza tradicional de la Iglesia:

«Dios es el único Señor de la vida de un hombre no reo de delito punible con la pena de muerte... Nadie en el mundo, ninguna persona particular, ninguna humana potestad puede autorizar [al médico] a la directa destrucción de ésta. Su oficio no es destruir la vida, sino salvarla»[759].

Una notable profundización de ética médica, que hoy deberíamos tener bien presente, la ofreció el mismo Pontífice en el discurso dirigido a los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatología del Sistema Nervioso (14 de septiembre de 1952):

«Como persona particular, el médico no puede tomar medida alguna, ni intentar ninguna intervención sin el consentimiento del paciente. El médico no tiene sobre el paciente sino los poderes y los derechos que éste le confiere, sea explícita o implícitamente y de manera tácita. Por su parte, el paciente no puede conferir al médico más derecho del que posee. Por lo que concierne al paciente, él no es dueño absoluto de sí mismo, de su propio cuerpo, de su propio espíritu. No puede pues disponer de ellos libremente, como le plazca»[760]. Y repite el mismo concepto para los representantes legales, los cuales «no tienen sobre el cuerpo y sobre la vida de sus subordinados otros derechos diversos de los que éstos tendrían, si estuvieran en capacidad, y con la misma extensión»[761].

Esta posición referida a los deberes del médico fue repetida a los participantes en el VII Congreso de los Médicos Católicos del 11 de septiembre de 1956. Por lo

---

[758]Pío XII, Encíclica «Mystíci Corporis Christi» (29.6.1943), en Colección completa de Encíclicas Pontificias. 1830-1950, Edit. Guadalupe, Buenos Aires 195, pp. 1551-1552.

[759] ID., Alocución a la Unión Médico-Biológica «San Lucas», en Discorsi e Radiomessaggi, 1944, VI, pp. 181-196.

[760]ID., Discurso al I Congreso Internacional de Histopatología..., p. 322.

[761] Ibi, p. 325.

[602]
que concierne a los deberes de la autoridad pública, el mismo Pontífice daba idéntica directriz en el discurso a los participantes en el Congreso de Histopatología del Sistema Nervioso (14 de septiembre de 1952) en el que, hablando del «derecho del individuo sobre su propio cuerpo y sobre su propia vida, sobre su integridad física y psicológica», afirmaba:

«Hay que subrayar que el hombre en su ser personal no está subordinado, en último análisis, a la utilidad de la sociedad sino que, por el contrario, la comunidad es para el hombre»[762].

El mismo Pontífice volvió a condenar explícitamente la eutanasia hablando a los participantes en el citado Congreso Internacional de los Médicos Católicos, y a la Unión Católica de Comadronas (29 de octubre de 1951)[763]. Más adelante, el mismo Pío XII haría una precisión importante a propósito de lo que algunos llaman impropiamente «eutanasia indirecta» y que en realidad hay que definir como «terapia del dolor», prevista en los casos en que como consecuencia de la administración de analgésicos se pueden tener dos consecuencias indirectas: la pérdida de la conciencia o el acortamiento de la vida. El Pontífice trató el problema de la anestesia en pacientes terminales, afectados de enfermedad no curable de alguna otra manera, en el discurso al IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología (24 de febrero de 1957), afirmando entre otras cosas:

«Vosotros me preguntáis: ¿está permitido por la religión y por la moral al médico y al paciente suprimir el dolor y la conciencia mediante narcóticos, cuando esto es requerido por indicación médica, aunque esté cerca la muerte y se prevea que el uso de narcóticos acortará la vida? Hay que responder: sí, si no hay otros medios y si, en las circunstancias concretas, esto no impide el cumplimiento de otros deberes morales y religiosos».

En un discurso posterior, al Colegio Internacional Neuropsicofarmacológico el 19 de septiembre de 1958, precisa ulteriormente la indicación, exigiendo el consentimiento del paciente[764].

Durante su pontificado, Pablo VI tuvo oportunidad de repetir en distintas ocasiones la condena de la eutanasia auténtica, vinculando constantemente tales enseñanzas con la temática del respeto a la vida humana en su globalidad y, en especial, conjuntando la condena de la eutanasia y la condena del aborto. Notemos, además, la sustitución en el

---

[762] Ibi, p. 327.
[763] ID., A las congresistas de la Unión Católica Italiana de Comadronas, p. 336; ID., Radiomensaje al VII Congreso Internacional de los Médicos Católicos (11.9.1956), ibi, XVIII, p. 425.
[764]ID., Respuesta a ¡as cuestiones planteadas en el IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología (24.2.1957), ibi, pp. 794-798; ID., A los congresistas del «Collegium Internationale Neuro-Psycho-Pharmacologicum» (9.9.1958), ibi, xx, p. 331.

lenguaje de Pablo VI del concepto de «derecho natural» por la expresión de los «derechos humanos o de la persona humana».

---

[603]

En el discurso al Comité Especial de las Naciones Unidas para la Segregación Racial afirma:

«Así, se debe afirmar nuevamente el precioso derecho a la vida (el más fundamental de los derechos humanos), junto con la condena de esas groseras aberraciones, como la destrucción de las vidas humanas inocentes en cualquier estadio en que se encuentren, perpetrada con los odiosos crímenes del aborto y de la eutanasia»[765].

La Declaración de la Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe del 18 de noviembre de 1974 sobre El aborto provocado repite: «El derecho a la vida se mantiene intacto en el anciano, incluso muy debilitado, y tampoco lo ha perdido el enfermo incurable»[766]. Otras alusiones están contenidas en diversas intervenciones, entre las que cabe señalar el discurso del 18 de septiembre de 1975 al Colegio Internacional de Medicina Psicosomàtica, en el que Pablo VI introduce el concepto de «dignidad» de la muerte con estas palabras:

«Teniendo presente el valor de toda persona humana, quisiéramos recordar que compete al médico estar siempre al servicio de la vida y asistirla hasta el final, sin aceptar jamás la eutanasia, ni renunciar a ese deber exquisitamente humano de ayudarla a culminar con dignidad su decurso humano»[767].

Hay que recordar, finalmente, una ulterior precisión introducida por Pablo VI con la carta del cardenal Villot del 3 de octubre de 1970 al Secretario general de la Federación Internacional de las Asociaciones Médicas Católicas, al reprobar lo que sería definido como «ensañamiento terapéutico»:

« ¿No sería en muchos casos una tortura inútil imponer la reanimación vegetativa en la última fase de una enfermedad incurable? El deber del médico consiste más bien en afanarse en calmar el sufrimiento, en vez de prolongar lo más posible por cualquier medio y con cualquier condición una vida que va naturalmente hacia su conclusión»[768].

Durante el pontificado de Pablo VI la condena de la eutanasia fue solemnizada por el Concilio Vaticano II en la Constitución pastoral Gaudium et Spes, en conexión también con otros crímenes contra la vida:

«Cuanto atenta contra la vida —homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado— [...], todas

---

[765] «L'Osservatore Romano», 23.5.1974.

[766] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre El aborto provocado, n. 12.

[767] «L'Osservatore Romano», 19.9.1975.

[768] Tomado de «La Civiltà Cattolica», w, pp. 275-277.

estas prácticas y otras parecidas son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador»[769].

[604]
Así, el Sínodo episcopal de 1974 sobre los Derechos Humanos y la reconciliación confirma en la Declaración que «el derecho a vivir es un derecho fundamental, inalienable, que sufre hoy graves violaciones, como la anticoncepción, la esterilización, el aborto o la eutanasia»[770]. Son numerosos los documentos de las Conferencias Episcopales dados a conocer en los últimos tiempos, durante y después del pontificado de Pablo VI, que amplían el horizonte doctrinal tanto en el plano ético como, sobre todo, en el pastoral.

Diversos son también los documentos de los episcopados que abordan este tema, algunos de los cuales lo tratan más ampliamente (Carta sobre la moralidad pública de los obispos de Inglaterra y de Gales del 31 de diciembre de 1970; Comunicado del Episcopado de Panamá del 23 de noviembre de 1974; Declaración sobre el respeto de la vida humana de los obispos de México, del 8 de septiembre de 1975; Carta de los obispos de Ruanda, del 31 de mayo de 1975; Declaración del Episcopado de la República Federal Alemana, del 1 de junio de 1975; Carta pastoral de los obispos irlandeses, del 1 de mayo de 1975)[771]. Otros dos documentos episcopales más recientes están enteramente dedicados al problema de la asistencia a los moribundos: el Documento del Secretariado de la Conferencia Episcopal francesa, de marzo de 1976, y la Declaración de la Conferencia Episcopal alemana (República Federal), del 20 de noviembre de 1978, sobre el tema Muerte digna del hombre y muerte cristiana[772].

Por limitaciones de espacio no podemos citar las cartas y documentos de ciertos obispos en particular, entre ellos el muy relevante de Mons. Elchinger, obispo de Estrasburgo, con ocasión de los trabajos

---

[769] CONCIUO VATICANO II, Constitución Pastoral «Gaudium et Spes», n. 27.

[770] CAPRILE G., / / Sínodo deí Vescoui 1974, Roma 1975, p. 708.
[771] ID., II Magistero della Chiesa sull'eutanasía, pp. 202-217.
[772] SPINSANTI, Umanizzare... Más recientemente otros documentos del Magisterio católico han abordado el tema de la muerte y del morir: cfr. OBISPOS CATÓUCOS DE FLORIDA, Declaración pastoral Life, death and the treatment of dy'mg patients, «Medicina e Morale», 1990, 3, pp. 618-624; CONSEJO PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL FRANCESA, Declaración Respecfer Vhomme proche de sa morí, «Medicina e Morale», 1992, 1, pp. 124-133; JUAN PABLO II, Discurso al Congreso Internacional sobre la asistencia al moribundo (17.3.1992), «Medicina e Morale» 1992, 3, pp. 419-422; OBISPOS CATÓUCOS DE PENSILVANIA, Declaración Nuírición e hidratacíón. Consideraciones morales, «Medicina y Etica» 1993, IV, 1, pp. 61 ss.; OBISPOS CATÓUCOS ESTADOUNIDENSES, COMITÉ «PRO-ÜFE», Nutrición e hidratacíón. Consideraciones morales y pastorales, ibi, pp. 33 ss.

de la Comisión Social del Consejo de Europa sobre los Derechos de los Enfermos y de los Moribundos[773]. Hay que agregar, finalmente, que también la posición de las demás confesiones cristianas está muy próxima a la de la Iglesia católica por lo que se refiere a la eutanasia auténtica.

---

[605]

Las enseñanzas de los obispos son un desarrollo de la pontificia, recibiendo también las aportaciones de los moralistas. Se refieren con frecuencia a la inexistencia de la «obligación de mantener en vida a una persona con medios extraordinarios cuando no hay esperanza alguna de curación» (Carta de los obispos de Inglaterra y de Gales). El criterio de los «medios ordinarios y extraordinarios», ya enunciado por Pío XII, es recurrente en estos documentos que desarrollan también el concepto de la «muerte digna» (Declaración del Episcopado de la Alemania Occidental, de 1975).

El Documento de los obispos franceses de 1976 desarrolla particularmente el tema de la no obligatoriedad de los cuidados intensivos extraordinarios, que buscan prolongar la vida a toda costa. Así también, este documento aborda el problema de la dificultad técnica de la «comprobación de la muerte» y manifiesta sus dudas sobre los actuales criterios seguidos por el cuerpo médico, considerados como demasiado «biológicos». Pero los documentos del Episcopado se detienen sobre todo en el tema de la «humanización de la muerte», entendida en el sentido de la necesidad y del deber que tienen la comunidad y el equipo al cuidado del enfermo, de hacer sentir la cercanía, de mantener abierta la comunicación, de evitar al moribundo y al enfermo grave la soledad y la sensación de abandono. El Documento de los obispos alemanes de 1978 ofrece indicaciones pastorales, dando cabida también a los resultados de algunos estudios de carácter psicológico sobre la muerte y la asistencia a los moribundos[774].

La enseñanza hasta aquí recordada es reiterada en la Declaración de la Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe del 5 de mayo de 1980[775]; documento que, no obstante, no se limita a recoger la enseñanza tradicional, sino que introduce importantes puntos de

---

[773]«L'Osservatore Romano» del 1 de enero de 1976. La citada Comisión del Consejo de Europa llevó a cabo el trabajo preparatorio para la Recomendación de la Asamblea del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y de los moribundos, discutida y aprobada por la misma Asamblea los días 26-29 de enero de 1976.

[774]KUBLER-ROSS E., La morte e il moriré, Asís 1982[6] (tít. orig., On death and dying, Nueva York 1969). Cfr. también el documentado estudio de SPINSANTI, Psicologi incontro ai morenti.

[775]SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre La eutanasia. Cfr. el comentario de VISSER, Pronunziamento ufficiale della S. Sede sulVeutanasia.

profundización, por lo que nos servirá de guía al tratar de sintetizar la enseñanza moral de la Iglesia.

Síntesis doctrinal de carácter moral en materia de eutanasia

Ahora nos resultará más fácil, tras examinar las múltiples y sucesivas aportaciones del Magisterio[776], sugerir una síntesis doctrinal.

El rechazo a la eutanasia propiamente dicha

Repitamos, de la citada Declaración, la definición de eutanasia propiamente dicha: «Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en su

---

[606]

intención, procura la muerte a fin de eliminar todo dolor. La eutanasia se sitúa al nivel de las intenciones y de los métodos utilizados»[777]. En esta definición debemos hacer de inmediato algunas anotaciones que revelan su precisión respecto del lenguaje utilizado comúnmente entre los teólogos y los médicos. Se omite distinguir entre eutanasia directa e indirecta; en el lenguaje precedente, utilizado incluso por Pío XII, por eutanasia indirecta se entendía la «terapia del dolor», considerada lícita en determinadas condiciones incluso cuando, como consecuencia de ella, se pudiera acortar la vida. En este caso, en efecto, ni la acción en sí ni la intención están orientadas a suprimir la vida o a anticipar la muerte y, por esto, el caso no es contemplado precisamente bajo el nombre de eutanasia, para no generar confusión. Más adelante se utiliza en el mismo documento el término, más adecuado, de «utilización de analgésicos».

Se evita también una distinción frecuente en el lenguaje médico entre eutanasia activa y eutanasia pasiva, en la que el adjetivo «pasiva» indicaba la omisión de los cuidados y de las intervenciones médicas; pues la palabra «pasiva» tiene un significado mucho más amplio y, por esto, podía originar ambigüedad: la eutanasia es siempre en cierto sentido pasiva, considerada por parte del enfermo, y siempre activa por parte de quien la provoca. Sobre la eutanasia, así entendida y precisada, el documento de la Santa Sede expresa el juicio moral de esta manera:

«Ahora es necesario reiterar con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar el dar muerte a un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede solicitar este gesto homicida para sí mismo o para otro del que sea responsable, ni puede consentir en él explícita o

[776]JUAN PABLO **II,** Carta Apostólica «Salvifici Doloris» sobre el sentido cristiano del sufrimiento
humano, (11.2.1984), Paulinas, Buenos Aires 1984.

[777] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Declaración sobre La eutanasia, n. 2.

implícitamente. Se trata, en efecto, de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contraía vida, de un atentado contra la humanidad»[778].

La condena confirma todos los pronunciamientos precedentes del Magisterio y la enseñanza constante de la teología moral. El mismo documento refiere esta condena también al suicidio:

«La muerte voluntaria, o sea, el suicidio, es inaceptable lo mismo que el homicidio: un acto semejante constituye, en efecto, por parte del hombre, el rechazo de la soberanía de Dios y de su designio de amor. El suicidio, además, es con frecuencia también el rechazo del amor para consigo mismo, negación de la natural aspiración a la vida, renuncia frente a los deberes de caridad y de justicia para con el prójimo, para con las diversas comunidades y para con la sociedad entera, aunque a veces intervengan —como se sabe— factores psicológicos que pueden atenuar, o incluso quitar la responsabilidad. Se deberá, sin embargo,

---

[607]

distinguir bien del suicidio ese sacrificio con el cual, por una causa superior —como la gloria de Dios, la salvación de las almas o el servicio de los hermanos— se ofrece o se pone en peligro la vida propia»[779].

Lo que me parece importante señalar, en función del diálogo con el mundo laico, es lo que la Declaración afirma acerca de las motivaciones de este rechazo. El documento enseña que

«la materia propuesta se refiere ante todo a aquellos que depositan su fe y su confianza en Cristo, el cual, mediante su vida, su muerte y su resurrección, dio un nuevo significado a la existencia y sobre todo a la muerte del cristiano, según las palabras de san Pablo: "Si vivimos, vivimos para el Señor; si morimos, para el Señor morimos. Sea que vivamos, sea que muramos, somos pues del Señor" (Rom 14, 8) y "[...] como siempre, también ahora Cristo será glorificado en mi cuerpo, sea que yo viva o muera" (Fil 1, 20). En cuanto a aquellos que profesan otras religiones, muchos admitirán con nosotros que, si la comparten, la fe en un Dios creador, providente y dueño de la vida, atribuye una dignidad eminente a toda persona humana y garantiza su respeto». El texto prosigue haciendo un llamado a los hombres de buena voluntad: «[...] que, por encima de las diferencias filosóficas o ideológicas, tienen conciencia, sin embargo, de los derechos de la persona humana [...] Y puesto que se trata aquí de los derechos fundamentales de cualquier persona humana, es evidente que no se puede recurrir a argumentos tomados del pluralismo político o de la libertad religiosa, para negar el valor universal»[780].

---

[778]Ibidem.

[779] Ibi, n. 1.

[780] Ibi, Introducción.

Vemos en este pasaje un importante llamado a la fundamentación racional, laica y universal de la defensa de la vida humana y del rechazo de la eutanasia. Por respeto a la verdad, antes aún que por oportunidad estratégica, hay que evitar fundamentar la polémica contra la eutanasia únicamente en las razones de fe, casi como si sólo los creyentes tuvieran el deber de defender la vida de los enfermos y los moribundos. La vida es un bien y un valor laicos, que habrán de reconocer todos cuantos pretenden inspirarse en la recta razón y en la verdad objetiva.

Lo que Pío **XII** llamaba «derecho natural», en el documento analizado se define como «derecho fundamental» del hombre, el primero de todos los derechos humanos; y se le define como fundamenta!, porque en él se basan todos los demás derechos humanos. «La vida humana —afirma una vez más la Declaración— es el fundamento de todos los bienes, ia fuente y la condición necesaria de cualquier actividad humana y de toda convivencia social»[781].

El fundamento de la ética es el respeto de la verdad del hombre, el respeto de la persona tal como ella es: otro fundamento verdadero no se le puede dar a

---

[608]

la ética; la ética guía al hombre desde el «ser» al «deber ser». Los otros criterios están constituidos por la utilidad de alguien en detrimento de algún otro; por el poder de unos sobre otros; por la eficacia de este poder, cada vez más amplio para algunos, cada vez más opresor para otros.

Respetar la verdad de la persona en el momento de la vida naciente quiere decir respetar a Dios que crea y a la persona humana tal como Él la crea. Y respetar al hombre en su fase final, quiere decir respetar el encuentro del hombre con Dios, su regreso al Creador, excluyendo cualquier poder por parte del hombre, tanto el de anticipar esta muerte (eutanasia), como el poder de impedir esté encuentro con una forma de tiranía biológica (ensañamiento terapéutico). Es desde este punto de vista como se traza el confín entre «eutanasia» y «muerte con dignidad».

Trastocar estas fronteras quiere decir trastocar toda fundamentación objetiva en el derecho, en la ética misma y, al mismo tiempo, en la identidad de la profesión médica.[782] Los principios que siguen aclaran precisamente el criterio de la «muerte con dignidad».

Uso proporcionado de ios medios terapéuticos

La moral no puede ignorar el problema y el compromiso de hacer que la muerte sea digna del hombre y del creyente. La expresión «muerte con dignidad» —si no se quieren sobreentender formas veladas

[781]Ibi, n. 1.
[782] D'AGOSTINO, *Eutanasia e diritto.*

de eutanasia— expresa una indicación éticamente aceptable y obligada. Es cierto que muchas personas mueren serenamente y no hay que por qué pensar, como advierte también el documento de la Sgda. Congregación, «únicamente en los casos extremos».

«Sin embargo, hay que reconocer que la muerte, precedida y acompañada a menudo de sufrimientos atroces y prolongados, sigue siendo un acontecimiento que angustia naturalmente al corazón del hombre». «Es muy importante proteger hoy, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que amenaza con volverse abusivo. De hecho algunos hablan de derecho a la muerte, expresión que no designa el derecho de darse o hacerse dar muerte, como se pretende, sino el derecho a morir con entera tranquilidad, con dignidad humana y cristiana».[783]

Desde esta perspectiva, la Declaración introduce una novedad de expresión y de lenguaje requerida por los avances de la medicina y señalada ya por algunos

---

[609]

teólogos. Desde los tiempos de Pío XII se hablaba de medios terapéuticos «ordinarios» y «extraordinarios» y se daba esta directriz: es obligatorio el empleo de medios ordinarios para ayudar al moribundo; pero, si se solicita, se puede renunciar lícitamente, con el consentimiento del paciente, a ios medios extraordinarios incluso cuando esta renuncia determine la anticipación de la muerte. El carácter «extraordinario» era definido en relación al incremento de sufrimiento que podían procurar tales medios, o bien al gasto o incluso a la dificultad de acceder a ellos de todos los que pudieran requerirlos. Pero los logros de la medicina han hecho difícil mantener esta distinción, en cuanto que muchos medios, juzgados antes como extraordinarios, se han vuelto ordinarios y, además, como hacen notar ilustres médicos y especialistas en reanimación,[784] porque la utilización de los medios de terapia intensiva ha permitido salvar muchas vidas. De aquí la necesidad de encontrar otro criterio de referencia, basado no ya en el «medio terapéutico», sino más bien en el «resultado terapéutico» que de él se espera.

«Hasta ahora los moralistas —dice la Declaración— respondían que nunca se estaba obligado a utilizar los medios extraordinarios. Hoy, sin embargo, esa respuesta, válida siempre en principio, puede parecer

---

[783] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre La eutanasia,* n. 3 y 4. Sobre este punto del uso proporcionado de los medios terapéuticos, cfr. VISSER, *Pronunziamento ufficiale della S. Sede sull'eutanasia,* pp. 369-370; HARING, *Eutanasia e teología morale,* pp. 164-178. Sobre el llamado «derecho a morir», confróntese el hermoso trabajo de KASS L.R., *Is there a right to die?,* «Hastings Center Report», 1993, 23, 1, pp. 34-43.

[784] MANNI C, *Considerazioni mediche sull'eutanasia,* en AA. VV., *Moriré si, ma quando?,* pp. 103-120.

quizás menos clara, sea por la imprecisión del término o por el rápido avance de la terapia. Por esto algunos prefieren hablar de medios proporcionados y medios desproporcionados.

En cualquier caso, se podrán evaluar convenientemente los medios confrontando el tipo de terapia, el grado de dificultad y el riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales».[785]

De esta distinción la Declaración deduce cuatro criterios indicativos de gran utilidad:

a) «a falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios de que dispone la medicina más avanzada, aunque se encuentren todavía en estadio experimental y no estén exentos de cierto riesgo»;

b) «es lícito también interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados frustren las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar una decisión de este género, se deberá tener en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de los médicos verdaderamente competentes»;

c) «es lícito siempre contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. Por tanto, no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cuidados que, aunque ya se estén utilizando, sin embargo no están exentos de peligro o son muy costosos»;

---

[610]

d) «en la inminencia de una muerte inevitable a pesar de los medios utilizados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a tratamientos que proporcionarían una prolongación precaria y penosa de la vida, sin interrumpir no obstante los cuidados normales debidos al enfermo en casos semejantes».[786]

Precisemos, a este propósito, que por cuidados normales deben entenderse también la alimentación y la hidratación (artificiales o no), la aspiración de las secreciones bronquiales y la limpieza de las escaras.[787]

Hemos querido reproducir las palabras mismas del documento para tener la precisión que requiere este delicado tema. Y no podemos por menos de subrayar el sentido humano contenido en las indicaciones y el profundo respeto a la persona del moribundo.

---

[785] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre La eutanasia,* n. 2.

[786] *Ibi,* n. 4.

[787] Sobre el tema de la alimentación y la hidratación, véase la contribución de los Obispos Católicos de Pensilvania (EUA), la del Comité «Pro-Life» de los Obispos Católicos Estadounidenses (cfr. nota 40) y el estudio de TETTAMANZI D., *Nutrizione e idratazione medica¡mente asistite nel paziente in stato di in-coscienza: problemi morali,* «L'Osservatore Romano», 11.12.1992.

El rechazo del ensañamiento terapéutico y de la distanasia

La última indicación que acabamos de citar de la Declaración es el rechazo del llamado «ensañamiento terapéutico» que, tratando de prolongar la vida a toda costa, llega a la vertiente opuesta de la distanasia. Para definir este concepto es necesario recordar los criterios de «comprobación de la muerte». El problema de definir el «juicio de muerte» es objeto de varias «Cartas» internacionales, que fijan los parámetros dentro de los cuales el médico puede firmar el certificado de defunción. La Carta de Ginebra de 1968 define el «estado de muerte» cuando se determinan los siguientes datos, que hay que considerar en sentido acumulativo: cese de toda señal de vida de relación; ausencia de respiración espontánea; atonía muscular y falta de reflejos; caída de la presión arterial a partir del momento en que ya no es sostenida farmacológicamente, y trazo electroencefalográfico (EEG) plano. Conscientes de que estos criterios son siempre objeto de discusión y de profundización, pensamos, sin embargo, que se deben verificar obligatoriamente. Como precisábamos en el capítulo sobre los trasplantes, hoy, gracias al progreso conjunto de las ciencias neurológicas y de las técnicas de diagnóstico, se reconoce casi unánimemente que la muerte clínica del individuo puede ser lícitamente definida una vez determinado exactamente el estado de **muerte cerebral** total, es decir, la muerte del encéfalo. Esto no impide el tener que considerar ulteriormente algunos casos delicados de pacientes en coma, siguiendo incluso algunos documentos episcopales, especialmente en relación con lo que afirma el documento del Secretariado del Episcopado francés.

---

[611]

a) En el caso del coma considerado «reversible» es obligatorio utilizar todos los medios disponibles, porque la posible, o probable, recuperación de la vida merece cualquier tipo de sacrificio económico o de servicio. Y esto nos parece tanto más necesario, cuanto que el paciente en coma no puede expresarse y dar su consentimiento; y por tanto, recae sobre los familiares y sobre el médico el deber de hacer todo lo posible mediante los medios de reanimación, incluso extraordinarios, siempre que estén disponibles.

b) Cuando, según los expertos, se presenta el coma «irreversible», persistiendo la obligación de los cuidados ordinarios (entre ellos, los de hidratación y nutrición parental), no se está obligado a aplicar medios particularmente agotadores y onerosos para el paciente, condenándolo a una prolongada agonía vivida en condiciones sin posibilidad alguna de recobrar la conciencia y la capacidad de relación. En este caso se tendría un indebido «ensañamiento terapéutico». No es fácil dar un juicio sobre la irreversibilidad del coma y sobre las condiciones de irrecuperabilidad

de la conciencia, por lo que se debe encomendar a la evaluación de médicos competentes y conscientes.

c) Prolongar la vida puramente aparente y totalmente artificial, una vez que las funciones cerebrales han cesado de una manera total e irreversible, como se puede ahora comprobar mediante un encefalograma plano y los signos de muerte de todas las zonas del encéfalo, sería una ofensa al moribundo y a su muerte, además de un engaño para sus familiares.[788]

El electroencefalograma plano es señal de irreversibilidad de las funciones corticales, si se mantiene durante un cierto tiempo: para la extracción de órganos, la nueva propuesta de ley italiana sobre trasplantes requiere que el encefalograma se mantenga plano durante seis horas por lo menos[789]. Y esto, porque se han dado casos de recuperación incluso después de ese signo instrumental. Juntamente con esta señal para poder declarar la muerte se han de tomar en consideración también de manera acumulativa los otros parámetros citados anteriormente relativos a la muerte de todo el encéfalo.

El concepto de ensañamiento terapéutico, que a veces parece dramatizarse intencionalmente, debe, pues, ser configurado en dos casos: cuando se utilizan los

---

[612]

medios técnicos en quien está prácticamente muerto—, por tanto, después de la muerte clínica—, y cuando se interviene con las terapias médicas o quirúrgicas (excepto las ordinarias) en sentido «desproporcionado» respecto de los efectos previsibles. Pero hay que reconocer que, aunque tales indicaciones se observen al detalle, existen casos no sólo de coma profundo e irreversible, sino también de coma prolongado: el enfermo continúa permaneciendo en coma incluso sólo con los cuidados ordinarios. Se han dado casos en los que este estado comatoso irreversible, con una vida puramente biológica, ha durado varios meses. Tal fue, quizás, la situación de Karen Ann Quinlan, la joven estadounidense de la que se vinieron ocupando los periódicos desde 1975 hasta nuestros días. Y nos preguntamos: ¿se trata de una verdadera vida, cuando es casi cierta la irreversibilidad del coma, del estado de inconsciencia y de la ausencia de vida de relación, aunque algunas funciones vitales no hayan cesado todavía y el electroencefalograma y los PTEC sean ya planos durante un número

---

[788] Secretariado de la Conferencia Episcopal francesa, *Problemas éticos...,* pp. 42-44; Manni, *Consi-derazioni mediche sull'eutanasia,* pp. 112-114.

[789] Otro estudio para comprobar la muerte encefálica son los potenciales evocados de tallo cerebral **(PTEC).** Así como el **EEG** evalúa la función cortical, los **PTEC** miden la actividad del tallo cerebral; de manera que se puede hablar de muerte cerebral, cuando ambas porciones encefálicas dejan de presentar alguna actividad, por un tiempo determinado, además de otros signos descritos en los criterios de Harvard. *(N. de la R.* TV).

congruente de horas? El Documento de los obispos franceses dice que no se tendría que hablar de eutanasia si se dejaran de aplicar completamente los cuidados en ciertos casos de coma, porque no se trataría de anticipación sino de comprobación de la muerte.[790] El mismo Documento, no obstante, afirma que se trata de un problema teórico, porque para los médicos sigue siendo difícil definir, incluso pasadas varias semanas, la irreversibilidad del coma y, por tanto, la irrecuperabilidad de las funciones de conciencia y de relación. Por lo tanto, en la práctica, nos parece difícil justificar la sustracción de la asistencia ordinaria, incluso en esos casos de verdadera piedad. Hay que tener presente que es único el acto existencia! y personal que sostiene en el hombre la vida vegetativa, sensitiva y relaciona!; por tanto no nos parece que se pueda introducir una distinción entre «vida humana», entendida como vida biológica, y «vida personal», entendida como vida de relación.

El uso de los analgésicos

Ya en las enseñanzas de Pío XII tuvo este problema una solución de tipo ético, lo cual lo confirma en esencia la Declaración de la Sgda. Congregación: es lícito usar analgésicos, aunque esto pueda comportar un riesgo de acortar la vida, si no hay otro medio de aliviar el dolor; es lícito el uso de los analgésicos que privan del uso de la conciencia, con tal que el paciente haya tenido tiempo de cumplir con sus deberes religiosos y morales para consigo mismo, para con su familia y la sociedad; por esto, «no es lícito privar al moribundo de la conciencia de sí sin un motivo grave».

---

[613]

El documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe hace una ulterior precisión, al insistir en la necesidad del consentimiento por parte del paciente: éste podría legítimamente rechazar, totalmente o en parte, el empleo de analgésicos para poder dar a su propio dolor el sentido más pleno de «participación en la Pasión de Cristo» y de «unión al sacrificio redentor que Él ofreció en obsequio a la Voluntad del Padre».[791]

Hay que añadir que este problema, relativo a las consecuencias del empleo de analgésicos, es hoy sentido con menor dramatismo, porque, especialmente en relación con los cuidados a los enfermos de cáncer, la ciencia médica ha llevado a cabo grandes progresos y se

[790] SECRETARIADO DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL FRANCESA, *Problemas éticos...*, **pp;** 43-44.

[791] SGDA. CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre La eutanasia,* n. 3; Pió XII, *Respuesta a las cuestiones planteadas por el ¡X Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología;* ID., *Alocución a los congresistas del «Collegium Internationale Neuro-Psycho-Pharmacologicum».*

ofrecen ahora ya terapias antálgicas que limitan y anulan tales consecuencias, en especial la pérdida de la conciencia. Por otro lado, se debe evitar que con dosis masivas de analgésicos (opiáceos) se practique conscientemente, de manera oculta, la eutanasia auténtica.

La verdad al enfermo terminal

La Declaración nó trata explícitamente este problema; pero, siempre que se hace referencia al consentimiento del paciente, se supone implícitamente en éste y en otros documentos del Magisterio. Este consentimiento requiere la información sobre la situación real del paciente interesado en dar el consentimiento. El problema lo considera más explícitamente el documento del Secretariado de los obispos franceses y la Declaración de la Conferencia Episcopal alemana del 20 de noviembre de 1978;[792] por lo demás, es un problema ampliamente debatido en el ámbito de la ética médica.

Los criterios éticos que podemos señalar son, en síntesis, los siguientes:

a) la verdad sigue siendo el criterio fundamental para que un acto moral sea objetivamente positivo. Por esto hay que evitar que familiares y prestadores de los cuidados tengan un comportamiento de falsedad: la mentira sistemática no beneficia al paciente, que tiene el derecho y el deber de ser informado y también de prepararse para una muerte digna; pero incluso podría volverse inútil y contraproducente, si (cosa fácil y frecuente) el enfermo llegara a descubrirla. La literatura confirma que cuando la verdad ha sido manifestada y recibida oportunamente, produce una reacción positiva

---

[614]

tanto sobre la psicología y la espiritualidad del paciente, cuanto sobre las personas de los familiares.[793] Por lo demás, el derecho a la información está incluido en todas las enumeraciones propuestas de los derechos del enfermo y, aunque con algunas condiciones, es considerado también en relación con el enfermo terminal;[794]

b) cuando se trata de pacientes graves o terminales, se debe ofrecer esta información en el ámbito de una «comunicación humana» más amplia e interpersonal, que no se habría de limitar a proporcionar los datos de diagnóstico y de pronóstico de la enfermedad. Lo obligado es, ante todo, escuchar al enfermo, y sólo después se le podrá hablar de la gravedad de la enfermedad. Lo que el enfermo (especialmente el moribundo) busca en quien lo asiste es la solidaridad y el que no se le

---

[792] Cfr. SPINSANTI, *Umanizzare...,* pp. 59-60 y pp. 94-96; PONTIFICIO CONSEJO «COR UNUM», *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves* y *moribundos.*

[793] ZORZA R., ZORZA V., *Un modo di moriré,* Roma 1983.

[794] ZIGUOU R., / *dlritti del maiato,* «Anime eCorpi», 1983,109, pp. 481-498.

deje solo; el poder comunicarse y el sentir que se comparte con él su situación;

c) si la mentira no debe ser adoptada como línea de conducta y la comunicación de la verdad sigue siendo la meta a la que hay que tender, se ha de recordar no obstante que la verdad que hay que comunicar debe estar proporcionada a la capacidad del sujeto de recibirla saludablemente. Por esto se requiere preparar el estado de ánimo idóneo, se tiene que conocer las diversas fases psicológicas del moribundo (especialmente el enfermo de cáncer), para no agravar las fases depresivas, y hay que proponerse también ir poco a poco y saber detenerse eventualmente en el momento preciso. Nunca es necesario cerrar toda esperanza, dado que en realidad en la medicina no se dan previsiones absolutas. A este propósito el Código Italiano de Deontología Médica afirma en el artículo 39:

«El médico podrá evaluar, especialmente en relación con la capacidad de reacción del paciente, la oportunidad de no revelar al enfermo o de atenuar un pronóstico grave o infausto, circunstancia en la cual habrá que comunicarlo a los familiares. En cualquier caso, la voluntad del paciente, libremente manifestada, debe representar para el médico un elemento en el que tendrá que inspirar su comportamiento»;

d) aun teniendo presente la norma metodológica anterior, creo que se puede reiterar la obligación de no ocultar la gravedad de la situación en su sustancia, especialmente cuando el paciente, antes de morir, tenga que afrontar decisiones importantes; y, como cada uno de nosotros, tiene el deber y el derecho de prepararse para una buena muerte.

---

[615]

Estas directrices, que tienen el carácter de orientación ética, forman parte, sin embargo, del tema más amplio de la asistencia a los enfermos y a los moribundos. También desde el punto de vista deontológico, además de ético, al médico no se le ha encomendado solamente prestar los cuidados al enfermo, sino también asistir al moribundo.

A este propósito el artículo 29 del Código Deontológico Italiano afirma:

«El médico no puede abandonar al enfermo por considerarlo ya incurable, sino que debe continuar asistiéndolo incluso con la única finalidad de aliviar el sufrimiento físico y psíquico, de ayudarlo y reconfortarlo».

Análisis de algunos textos deontológicos y jurídicos

Puesto que el médico tiene como punto de referencia para su comportamiento tanto su propia conciencia ética, que se supone bien informada, como el código deontológico o los códigos deontológicos (internacionales y nacional), nos parece necesario analizar algunos textos deontológicos desde el punto de vista ético. Esto contribuirá

también a proporcionar ulteriores precisiones en el tema mismo de la eutanasia.

Los códigos, obviamente, se hacen eco de los debates culturales y por su naturaleza sugieren líneas de comportamiento de carácter general, donde el caso aislado no siempre puede configurarse; por esto la instancia última de la decisión sigue estando a cargo de la conciencia éticamente formada e informada.[795]

Recomendación del Consejo de Europa

Comenzaremos por analizar la Recomendación n. 779/1976 de ¡a Asamblea del Consejo de Europa sobre los derechos de ¡os enfermos y de los moribundos.

En los primeros seis artículos, después de recordar los motivos que han determinado a la Asamblea a formular la Recomendación (el continuo avance de la medicina puede crear problemas y esconder amenazas a los derechos fundamentales del hombre y la dignidad e integridad del paciente), se enuncian los derechos de los enfermos: derecho al respeto de la voluntad del paciente acerca del tratamiento a aplicar; el derecho a la dignidad e integridad; el derecho a la información; el derecho a los cuidados apropiados, y el derecho a no sufrir inútilmente.

El artículo 7 excluye la eutanasia activa en estos términos:

«Considerando que el médico debe esforzarse por aliviar los sufrimientos y que no tiene derecho, incluso en los casos que parezcan desesperados, de acelerar

---

[616]

intencionadamente el proceso natural de la muerte»; sin embargo, se pretende subrayar que «la prolongación de la vida por medios artificiales depende en gran medida de factores como el instrumental disponible y de que los médicos que actúan en los hospitales en los que las instalaciones técnicas permiten prolongar la vida por un periodo particularmente largo, se encuentran a menudo en una posición delicada acerca de la continuación del tratamiento, en el caso en que el cese de todas las funciones cerebrales de una persona es irreversible» (art. 8). Asimismo, se pretende también poner de relieve que «los médicos deben actuar de conformidad con la ciencia y la experiencia médica admitida, y que ningún otro médico o miembro de la profesión médica podría ser obligado a actuar contra su conciencia en relación con el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente» (art. 9).

Se comprende que en estos últimos artículos la recomendación ponga las premisas de hecho (cuando el cese de las funciones cerebrales de una persona es irreversible, como en el caso del coma

[795] Para el análisis de estos textos, cfr. LENER, *Sul diritto dei malatí e dei moribondi...;* Qusn, *L'eu-tanasia...;* OCCONE, Non uccidere..., pp. 257-294; BOMPIANI A., *Eutanasia e díritti del malato «in fase termínale»,* «Presenza Pastorale», 1985, 5-6, pp. 76-119.

irreversible) y de derecho, de competencia (el médico no puede ser obligado a actuar contra su conciencia cuando pretenda salvaguardar el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente), para acoger esas instancias de suspensión de los tratamientos precisadas en el inciso I del artículo siguiente, que dice:

«la Asamblea recomienda al Comité de Ministros invitar a los gobiernos de los Estados miembros:

(a)a tomar todas las medidas necesarias, en particular por lo que se refiere a la formación del personal médico y la organización de los servicios médicos, a fin de que todos los enfermos hospitalizados y cuidados a domicilio sean aliviados en sus sufrimientos en cuanto lo permite el estado actual de los conocimientos médicos;

(b)a llamar la atención de los médicos sobre el hecho de que los enfermos tienen el derecho, si lo requieren, de ser informados completamente acerca de su enfermedad y el tratamiento previsto, y hacer que en el momento de la aceptación en el hospital sean informados acerca del reglamento, el funcionamiento y las instalaciones médicas del hospital y asegurarse de que todos los enfermos tengan la posibilidad de prepararse psicológicamente para la muerte y prever la asistencia necesaria a este fin».

Y he aquí el texto que constituye el punto central de la discusión y del problema, al invitar explícitamente, en el inciso II, a los gobiernos en el sentido de que cada Estado se decida a

«crear comisiones nacionales de investigación, constituidas por representantes de la profesión médica, juristas, teólogos moralistas, psicólogos y sociólogos, encargados de elaborar normas éticas para el tratamiento de los moribundos; de determinar los principios médicos orientadores en cuanto a la utilización de medidas especiales con el fin de prolongar la vida; y de analizar, entre otras cosas, la situación en la cual podrían encontrarse los miembros de la profesión

---

[617]

médica (por ejemplo, en la eventualidad de sanciones previstas por las legislaciones civiles y penales), si renunciaran a tomar medidas artificiales de prolongación del proceso de la muerte en los enfermos en los que la agonía ha comenzado ya y la vida no puede ser salvada en el estado actual de la medicina; o cuando intervinieran tomando medidas destinadas ante todo a aliviar los sufrimientos de tales enfermos, siendo tales medidas susceptibles de producir un efecto secundario en el proceso de la muerte. Y de analizar el problema de las declaraciones escritas hechas por personas jurídicamente capaces, autorizando a los médicos a renunciar a medidas que prolonguen la vida, especialmente en el caso de cese irreversible de las funciones cerebrales».

El resto del artículo (incisos III y IV) concierne al establecimiento de las comisiones nacionales encargadas de examinar los recursos contra

los médicos, y la invitación a comunicar al Consejo de Europa los resultados de los análisis y conclusiones hechas por dichas comisiones.

Prácticamente la Recomendación plantea el problema de la renuncia a la intervención para prolongar la vida a ultranza en tres casos distintos:

a) en el caso del enfermo en estado preagónico;

b) en el caso determinado del empleo de la llamada «analgesia invasiva»;

c) en el caso de la declaración escrita por el paciente del mismo modo que el living will (testamento de vida) de origen californiano.

Puesto que la recomendación indica los puntos que se han de aclarar relacionados con las denuncias que se podrían presentar contra los médicos, pero no define los casos concretos de comportamiento, no se puede decir que en estos casos se exprese claramente un parecer favorable a la interrupción de los medios de prolongación de la vida. Hay que hacer notar, sin embargo, que mientras en el caso a) se habla de renunciar al empleo de «medios artificiales» para retrasar la muerte en enfermos en una situación de irreversibilidad y de agonía o preagonía, en el punto c) se habla simplemente de renuncia a los medios para prolongar la vida «en especial [¿por tanto, no exclusivamente? N. del A.] en caso de cese irreversible de las funciones cerebrales», renuncia motivada por la voluntad del paciente manifestada por escrito. Es decir, en este último caso no se entiende **a** qué medios está autorizado **a** renunciar el médico, porque todos los medios terapéuticos, incluso los cuidados normales y el respirador, sirven para prolongar la vida.

También el empleo de la analgesia, que puede comportar la muerte como efecto concomitante e indirecto, y del que se habla en el punto b), puede resultar ambiguo y prestarse a abusos. La analgesia debe ser «proporcionada» **a** la atenuación y capacidad de soportar el dolor, y sólo en este caso es lícita; y entre las analgesias idóneas se habrá de escoger la que presente menores riesgos de acortar la vida. El punto que se refiere a los testamentos de vida o living will, nos obliga

---

[618]

a analizar el término de confrontación de la ley del Estado de California, adoptada luego también por otros Estados.

Pero, concluyendo el análisis de este documento, hay que decir que, aun reconociendo que en el artículo 7 afirma que el médico «no tiene derecho, incluso en los casos que parecen desesperados, a acelerar intencionalmente el proceso natural de la muerte», persisten, sin embargo, más ambigüedades en las hipótesis que entrevé que en las afirmaciones de principio. Pues ¿cómo se concilia el articulo 7 con las hipótesis (a, b, c) que, como decíamos, se formulan en el inciso II del artículo 10? ¿El adverbio «intencionadamente» se refiere a la intención del médico solamente, o se considera válida también la intención contrapuesta del paciente? De hecho, el documento no fue acogido de

igual manera por los diversos Estados y los Códigos Deontológicos nacionales.

Los Principios de Ética Médica Europea[796]

El documento fue aprobado en París por la Conferencia Internacional de los Colegios de Médicos el 6 de enero de 1987, modificando el anterior texto difundido en Bruselas bajo el título de «Guía Europea de Etica Médica». Los Principios constan de 37 artículos y pretenden ofrecer unos lineamientos deontológicos a los médicos de la Comunidad Europea para solucionar problemas tales como la independencia de los poderes públicos, el secreto profesional, el trasplante de órganos, la reproducción humana, el aborto y la objeción de conciencia, la experimentación en el hombre, la ayuda al moribundo, etcétera.

El artículo que suscitó mayor interés y perplejidad es el 12[2], que a algunos pareció una apertura hacia la eutanasia impropiamente definida como «pasiva».

El texto de este artículo reza como sigue:

«La medicina implica en cualquier circunstancia el respeto constante de la vida, de la autonomía moral y de la elección por parte del paciente. Sin embargo, el médico puede, en cualquier caso de enfermedad incurable y terminal, limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente, proporcionándole los tratamientos apropiados y manteniendo en lo posible la calidad de la vida que está por terminar.

Es obligatorio asistir al moribundo hasta el fin y actuar de modo que se le permita conservar su dignidad».

En el texto no figura el término «eutanasia pasiva» ni el principio de «respeto de la vida en cualquier circunstancia» —y por tanto, también la terminal—; ni tampoco da pie para una interpretación en el sentido de autorizar la interrupción de la vida.

---

[619]

La duda, no obstante, se refiere a la segunda parte de la primera frase y a la explicación que se da en el enunciado siguiente; esto es, se trata de la obligación impuesta al médico de respetar «la autonomía moral y la libre opción del paciente» y de la consiguiente autorización dada al médico de limitar su intervención, en la fase terminal de una enfermedad incurable, para aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente con intervenciones proporcionadas a este fin. La duda es si estas indicaciones sitúan al médico en una perspectiva de obligado

[796] CONFERENCIA DE LOS COLEGIOS DE MÉDICOS DE LA COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA, *Principios de Ética Médica Europea,* París, 6.1.1987, «Il Medico d'Italia», 13.2.1987, p. 7.

acompañamiento en la muerte digna o bien representan la puerta para dar paso al concepto de eutanasia «pasiva» de acuerdo con el paciente.

Analizando el texto y ateniéndonos al sentido literal, podemos sacar las siguientes conclusiones:

a) La primera frase del artículo 12 enuncia un principio que tiene la fuerza de una premisa: «La medicina implica en cualquier circunstancia el respeto constante de la vida, de la autonomía moral y de la libre opción del paciente». Respecto del primer miembro de la frase —el que se refiere al «respeto constante de la vida en cualquier circunstancia»—, no se puede dejar de estar de acuerdo y de compartirlo.

b) La segunda parte de la frase, a nuestro parecer, está incompleta; es cierta, pero también insuficiente, por lo que debe ser precisada. Está claro que la autonomía moral y la elección del paciente deben respetarse, pero es también obligado que el paciente mismo respete su propia vida y que, a su vez, respete la autonomía moral del médico. En otras palabras, este miembro de la frase debe estar subordinado al primero, y no simplemente yuxtapuesto como si fuera equivalente.

Es evidente que el paciente no puede imponer al médico su voluntad de rechazar las terapias válidas y anticipar así la muerte.

La relación de libertad-responsabilidad entre el paciente y el médico ciertamente no debe ser concebida en el sentido de que el médico sustituya la voluntad del paciente (paternalismo médico), pero tampoco en el sentido de que el médico tenga que ser ejecutor de la voluntad del paciente. Por esto la relación deberá ser triangular: en el vértice está el respeto constante de la vida, y este respeto debe valer tanto para el paciente como para el médico. Ese respeto constante de la vida no debe entenderse simplemente en el sentido de que no se debe practicar la eutanasia «activa», mientras que para todo lo demás se puede uno regular por la libre opción del paciente, porque esta actitud equivaldría a dar paso a la hipótesis incluso de la abstención pasiva de las terapias eficaces y proporcionadas si el enfermo se re-husara; lo cual haría pensar efectivamente en la eutanasia pasiva.

Hay que añadir que la frase que sigue pareciera excluir esta interpretación pesimista, favorable a la eutanasia. El texto, en efecto, prosigue:

---

[620]

«Sin embargo, el médico puede, en caso de enfermedad incurable y terminal, limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente ofreciéndole los tratamientos apropiados y manteniendo en lo posible la calidad de la vida que está por terminan'. Y el artículo concluye: «Es obligado asistir al moribundo hasta el fin y comportarse de manera que se le permita mantener su dignidad».

Se trata, pues, de fase terminal y de decurso irreversible del mal, y se autoriza al médico a limitar su intervención al compromiso de aliviar

los sufrimientos físicos y morales con medios adecuados; estos «tratamientos proporcionados» deberían incluir tanto la analgesia apropiada, cuanto los cuidados normales y la asistencia humana. Con estas condiciones podría considerarse satisfecho el compromiso.

Pero en esta segunda frase del artículo 12 parece que no se insiste mucho en la aplicación activa de la terapia con medios proporcionados a la salvaguardia del respeto de la vida, dejando un espacio a la autonomía moral y la libertad de elección del paciente, enunciada en la primera parte.

En conclusión, podríamos decir que este texto, no muy completo ni perfectamente ligado en su lógica interna, puede inducir, más allá de las reales intenciones, a considerar «el respeto de la vida en cualquier circunstancia» simplemente como rechazo de la eutanasia «activa»; y que, por esto, el resto de las terapias se podría y se debería regular según la libre opción del paciente. Y, obviamente, que en la fase terminal se habría de limitar al alivio de los sufrimientos físicos y morales. Conforme a esta interpretación, se actuaría o se eliminaría el deber de aplicar y recibir las terapias eficaces y proporcionadas y se daría paso suavemente a la eutanasia «.por omisión».

Que el texto presenta dificultades de interpretación se deduce también del hecho de que la Asamblea Plenaria del Comité Permanente de los Médicos de la CEE, celebrada en Berlín el 20-21 de noviembre de 1987, aprobó la enmienda propuesta por la delegación italiana que dice textualmente: «Todo acto encaminado a provocar deliberadamente la muerte de un paciente es contrario a la ética médica»,[797] aclarando así el sentido del artículo 12 de los Principios de Ética Médica Europea.

El Código Italiano de Deontologia Médica de 1989

Los artículos que tocan este tema son cuatro.

El artículo 29 se refiere a la obligación del médico de asistir al moribundo, y ya lo hemos citado.

---

[621]

El artículo 39 se refiere al derecho-deber de la información al paciente sobre el estado de su enfermedad, y también este artículo ha sido ya citado.

Son los artículos 43 y 44, en particular, los que deben ser tomados en consideración:

Art. 43: «En ningún caso, aunque lo pida el paciente, el médico activará tratamientos que vayan en detrimento de la integridad psíquica y física del paciente, y, con mayor razón, acciones capaces de abreviar la vida del enfermo. Cualquier acto que busque provocar deliberadamente la muerte de un paciente es contrario a la ética médica».

[797] Véase «Il Médico d'Italia» del 8.12.1987.

Art. 44: «En caso de enfermedades con pronóstico seguramente infausto y llegadas a la fase terminal, el médico, en el respeto de la voluntad del paciente, podrá limitar su acción a la asistencia moral, a la terapia apropiada para evitar en lo posible la calidad de una vida que se apaga. Cuando se acompañe de deficiencia de la conciencia, el médico deberá actuar según ciencia y conciencia, prosiguiendo la terapia hasta que sea razonablemente útil.

Tratándose de enfermo en coma, el sostén vital deberá ser mantenido hasta tanto no se determine exactamente la muerte en los modos y en los tiempos establecidos por la ley. Se admite la posibilidad de continuar el sostén vital más allá de la muerte clínica establecida según las modalidades de ley, sólo con la finalidad de mantener en actividad órganos destinados a trasplante y por el tiempo estrictamente necesario».

El Código Deontológico italiano rechaza, por consiguiente, tanto la eutanasia activa como la pasiva, si ésta se hubiera de entender como sustracción de los medios de asistencia ordinaria. En efecto, el artículo habla de «limitar la propia acción a la asistencia moral y a la prescripción y ejecución de la terapia adecuada para evitar al enfermo sufrimientos inútiles». Con estas expresiones me parece que se salvaguarda la obligación moral de la prestación de los cuidados normales.

Propuesta de Resolución del Parlamento Europeo (Doc. IT/RR/108939)

El 30 de abril de 1991, la «Comisión para la protección del ambiente, la salud pública y la protección de los consumidores» presentó en el Parlamento Europeo una propuesta de Resolución sobre la asistencia a los pacientes terminales (el Relator fue el Dip. Léon Schwarztenberg). En esa propuesta se pedía expresamente (art. 8):

«[-..] siempre que un enfermo plenamente consciente pida, de forma insistente y continua, que se haga cesar una existencia carente ya para él de cualquier dignidad, y un colegio de médicos, constituido al efecto, compruebe la imposibilidad de prestar nuevos cuidados específicos, dicha solicitud deberá ser satisfecha [...]».

Es evidente que en el plano deontológico ese punto de la propuesta se configura como una auténtica eutanasia activa y no como un rechazo del ensañamiento

---

[622]

terapéutico. Esto contrasta con los «Principios de Ética Médica Europea» anteriormente recordados, y con numerosos códigos de deontología médica, así como con los derechos humanos y las constituciones de muchos Estados.

Pero incluso en el plano antropológico no deja de suscitar gran perplejidad cuando se afirma que el fundamento de la vida humana es su espiritualidad (considerando A). No se considera, en efecto, como valor

fundamental de la vida humana la vida corporal; es decir, el estatuto de la corporeidad es ignorado y negado. Además, el concepto de «funciones naturales» no se puede identificar únicamente con el de «funciones de la vida vegetativa». Por otra parte, afirmando en el considerando C que « [...] las funciones cerebrales determinan el nivel de conciencia y que el nivel de conciencia define a un ser humano», confunde las características distintivas del ser humano de la racionalidad y la conciencia con su ejercicio, es decir, con la capacidad actual de raciocinio y de conciencia. Se derivaría de ello que cuando no existe o no hay ya un ejercicio de racionalidad y de conciencia, no existiría el individuo humano al que proteger y garantizarle la vida. Ambos considerandos concuerdan con otras Recomendaciones anteriores dadas por el Consejo de Europa en relación con los enfermos terminales (punto 8 de la Recomendación 779/1976).

También en el plano médico-neurológico, finalmente, la combinación del considerando B («considerando que la muerte de un individuo se define en función del cese de las funciones cerebrales, incluso en el caso en que persistan las funciones biológicas») y el considerando C, confunde voluntariamente las funciones cerebrales con las funciones corticales. Debe reiterarse con claridad que es la muerte cerebral total la que equivale a la muerte del individuo, como lo aceptan todos los informes de los comités «ad hoc» internacionales, desde el de Harvard en adelante.

Sobre estas bases, pues, el proyecto no puede ser aceptado, como de hecho el Parlamento Europeo se manifestó después. También el Comité Nacional para la Bioética italiano había expresado en un documento su parecer negativo al proyecto de Recomendación.[798]

Iniciativas de legalización de la eutanasia

Tomamos aquí en consideración algunas iniciativas promovidas en diversos países, que se plantean en realidad como una incitación a legalizar la eutanasia.

En Estados Unidos, se remonta a 1976 el Natural Death Act (Ley sobre la muerte natural) que, promulgado por el Estado de California, se extendió luego en

---

[623]

términos equivalentes a otros Estados de la Unión Americana. La disposición de ley reconoce en concreto a cualquier adulto el derecho de decidir no aplicar e interrumpir las «terapias de sostenimiento vital» cuando se esté «en el extremo de las condiciones existenciales».

La disposición testamentaria (living will) debe ser suscrita por su autor en presencia de dos testigos, los cuales no deben tener con él

[798] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, *Parere del Comitato Nazionale per la Bioética sulla proposta di rísoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali.*

vínculos de parentesco o afinidad ni ser destinatarios de sus bienes; tampoco pueden ser testigos el médico que presta los cuidados ni algún dependiente suyo o del establecimiento hospitalario.[799] La disposición, redactada por escrito conforme a un formulario muy preciso, prevé también que no será válida en el caso de una paciente embarazada, y que mantendrá su validez por cinco años.

Por extremo de las condiciones existencia ¡es se entiende la fase terminal, por lo que el empleo de las terapias postergaría la muerte pero no podría recuperar la vida. Por cuidados de sostenimiento vital se entiende cualquier medio o intervención médica que utilice instrumental mecánico o artificial, para sostener, reactivar o sustituir una función vital natural y que, si se aplicara, serviría solamente para retrasar el momento de la muerte. El paciente debe haber recibido un diagnóstico infausto firmado por dos médicos.

Hay que reconocer que, a primera vista, este procedimiento podría corresponder a lo que dice también la Declaración de la Sgda. Congregación para la Doctrina de la Fe sobre ¡a eutanasia cuando afirma:

«Siempre es lícito contentarse con los medios ordinarios que la medicina puede ofrecer. Por tanto, no se puede imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cuidados que, aunque ya se esté utilizando, sin embargo no está exento de peligros o es demasiado oneroso»; o también en el párrafo anterior, cuando dice: «Es lícito interrumpir la aplicación de tales medios [los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada - N. del A.), cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero al tomar una decisión de este género, se deberá tener en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de los médicos verdaderamente competentes».

También la «United States Catholic Health Association» difundió en 1974 el documento Christian Affirmation of Life, que incluye esta afirmación.

«Yo solicito que, si es posible, se me consulte respecto de los procedimientos médicos que podrían utilizarse para prolongar mi vida, cuando se acerque la muerte. Si yo no puedo ya tomar parte en decisiones concernientes a mi futuro y no hay expectativa razonable de mi recuperación de condiciones de invalidez física o mental, solicito que no se empleen medios extraordinarios para prolongar mi vida».[800]

---

[624]

Sin embargo, sobre el procedimiento del «testamento de vida» siguen subsistiendo perplejidades relevantes, ante todo sobre la validez jurídica

[799] BOMPIANI, *Eutanasia e diritti del mulato...*

[800] O'ROURKE K., *The christian affirmation of Ufe,* «Hospital Progress», 1974, 55, pp. 65-72.

y moral de una voluntad testamentaria expresada con anticipación, fuera de las condiciones concretas de enfermedad; y ello, en una decisión sobre la vida, que es un bien y no una cosa. Pero subsiste también la perplejidad fundamental sobre la interpretación en el caso concreto de los que se llaman «medios de sostenimiento vital», y sobre **la** determinación de las condiciones de irreversibilidad: ¿se debe entender por «medios de sostenimiento vital» también la ayuda **a la** respiración, la nutrición y **la** hidratación? ¿Son éstos verdaderamente los medios de los que habla **la** Declaración de **la** Congregación para la Doctrina de la Fe, o los medios extraordinarios de los que habla la Christian Affirmation of Life? Además, ¿es lícito «dispensar» al médico de hacer su propia evaluación incluso contra la voluntad de los pacientes? ¿Cómo podría el médico, en estas condiciones, seguir siendo autónomo en su propia conciencia y como «prestador de una acción intelectual» mediante **la** cual es su inteligencia la que debe evaluar los medios idóneos para asistir al enfermo terminal? Se ha hecho notar que el «testamento de vida» parte del supuesto de que el médico quiera siempre y a toda costa poner en práctica terapias heroicas.

Después del famoso caso de Nancy Cruzan[801] en Estados Unidos, se promulgó una ley en **1990** sobre la autodeterminación del paciente {Patient Self-Determi-nation Act) con la cual se pretende favorecer el papel del paciente en cuanto a las decisiones relativas a su propia vida, sobre todo en la fase final de **la** enfermedad.[802] Sin embargo, un «referendo» llevado **a** en Washington (DC) en 1991**,** siguió dando la razón, aunque por una pequeña diferencia, **a** todos los que se oponen a que se legalice la eutanasia.

En Canadá, con la práctica de la reglamentación definida como do not resus-citate policy (política de no resucitación), declarada ética por el Consejo General de la Asociación Médica Canadiense en 1974**,** hay que decir que con esta práctica se sobrepasan los límites previstos por el «testamento de vida»

Consiste, prácticamente, en rechazar o en no utilizar las técnicas de reanimación en pacientes en los que tal aplicación se considere inútil u onerosa, incluso cuando esto pudiera comportar la anticipación de la muerte.

La aplicación práctica es muy variada: hay hospitales donde se requiere el parecer del comité ético; hay médicos que acuerdan anticipadamente con el enfermo el comportamiento que hay que seguir, manifestándole la condición de su pronóstico con toda verdad, y hay médicos que reivindican para sí el juicio sobre la oportunidad o no de emplear las técnicas de reanimación.

---

[801] PUCA A., *El caso de Nancy Beth Cruzan,* «Medicina y Ética», 1993, 4, pp. 99 ss.

[802] Para ahondar en el tema, cfr. el suplemento monográfico al n. 5, 1991, de «Hastings Center Report» titulado *Practicing the PSDA,* pp. 15-165.

[625]

Es evidente que, a falta de criterios objetivos de certificación instrumental y física, y ante la variedad de los casos que no se pueden generalizar, este procedimiento presenta muchas más graves dificultades éticas. Además, el subjetivismo de los pacientes o de los médicos tanto en la evaluación del diagnóstico infausto como en la aplicación de la norma tiene un campo amplio y casi impreciso.

También en Italia, la Consulta de Bioética, una asociación de inspiración laica, ha propuesto una «carta de la autodeterminación» que retoma la lógica del «testamento de vida».[803] Antes de pasar a analizar la propuesta de ley presentada al Parlamento italiano, citemos también el «caso Holanda» y la normativa que fue aprobada el 9 de febrero de 1993 por la Cámara Baja del Parlamento holandés. Como se sabe, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la práctica de la eutanasia está muy difundida en este país,[804] por lo que el proyecto de ley —ahora sometida a examen por la Cámara Alta del Parlamento— pretende, de manera muy discutible, acoger esa práctica, casi como si fuera tarea de la ley legalizar lo que se verifica de hecho, y no que la práctica deba seguir las disposiciones legales. En realidad, ese proyecto de ley no legaliza la eutanasia, sino que la despenaliza, al no proceder en contra del médico que, ateniéndose a algunos puntos bien codificados, interrumpe la vida del paciente. No cambia, sin embargo, la sustancia de una conducta que es gravemente ilícita en el plano ético y que abre ¡a puerta a otras formas de eutanasia, incluso involuntaria.

La propuesta presentada el 2 de julio de 1987 en el Parlamento italiano

Aunque esta propuesta —presentada al finalizar la x Legislatura— no se volvió a presentar, puede ser útil analizar sus contenidos para comprender la lógica en que se inspiraba.

El articulado de este proyecto retomaba casi al pie de la letra el Proyecto Fortuna presentado en la Cámara en diciembre de 1984. Preveía condiciones mucho más amplias que las normativas antes comentadas:

— Introduce el principio —en sentido contrario respecto del «testamento de vida» y más amplio respecto de la práctica del "do not resuscitate"— de dispensar en general al médico de someter a terapias de mantenimiento vital a cualquier persona que se encuentre en condiciones terminales, salvo que la misma no hubiera consentido manifiesta y conscientemente en la aplicación de

---

[803] Sobre el texto de la «carta» y un comentario a la misma, véase la revista «Notizie di Politeia», 1991, 24, pp. 4-5.

[804] Cfr. el Informe de la Comisión investigadora holandesa en «Medicina e Morale» 1992, 1, pp. 150-156; HOLANDA, Jníroduzione di una *disciplina giuridica per la procedura di notifica degli intervertí di eutanasia,* «Medicina e Morale», 1993, 2, pp. 446-448.

[626]
dichas terapias (art. 1). Esto equivale casi a prohibir su empleo, a menos que no resulte clara la oposición del paciente.

— Además del paciente, y a falta de la oposición de éste, pueden legítimamente oponerse los que convivan con él de edad no inferior a 16 años, o bien, a falta de éstos, un ministro del culto al que pertenezca, presumiblemente, el enfermo. Están asimismo facultados por ley los ascendientes y descendientes en línea directa y los parientes colaterales, en segundo grado, del enfermo, que tengan una edad no inferior a los 16 años (art. 6). Esta oposición, sin embargo, no tiene una vigencia automática: debe ser presentada al médico del Centro de Salud local o al Presidente del Tribunal de la circunscripción dentro de las 12 horas siguientes. El Presidente del Tribunal, oído el opositor y un colegio de médicos, «convalida si es el caso» o de otro modo dispone el cese de las terapias de mantenimiento vital. Estas terapias son equiparables, pues, al ensañamiento terapéutico en sentido generalizado. Lo complicado del mecanismo opositor no merece comentario.

La «condición terminal», tal como se describe en la «Relación» que acompaña a la propuesta, no equivale a la condición preagónica, sino que quiere indicar simplemente «una relación tecnológica entre terapia de mantenimiento vital y retraso del exiíus».[805]

No es difícil adivinar en esta propuesta de ley, que carece de referencias objetivas incluso al coma irreversible o a otros parámetros médicamente rigurosos, la posibilidad de abusos, especialmente cuando esta normativa llevara- a abolir o a hacer ineficiente el Código Penal en los artículos 579 (homicidio del que consiente) y 580 (instigación y ayuda al suicidio). La misma clase médica se configuraría con una fisonomía sospechosa y alarmante y se perdería la relación confiada entre el médico y el paciente.

Como conclusión de esta exposición de los diversos textos legislativos o deon-tológicos que centran su atención en el punto crucial —esto es, si se requiere siempre utilizar los medios de reanimación o de mantenimiento artificial de la vida—, creo que se puede concluir diciendo que es posible que en algún caso el mé-dico, consciente y respetuoso de la vida, juzgue inútil o gravemente molesta para la agonía la aplicación de estos medios técnicos en un enfermo que, supongamos, tuviera que ser trasladado desde su cuarto a la sala de reanimación cuando ya no hubiera esperanza de recuperación y no pudiera beneficiarse del tratamiento, que por el contrario haría más penosa la agonía. Piénsese en una imprevista crisis cardiaca que sufriera un enfermo de cáncer llegado al extremo de sus fuerzas vitales. Pero el no iniciar la reanimación por medios tecnológicos en estos casos

[805] QceoNE, *Non uccidere...,* pp. 107-131.

[627]
debería ser juzgado por el médico en relación con el criterio de los medios terapéuticos proporcionados.

Distinto me parece el caso de quien se encuentra ya en tratamiento de reanimación y los medios de reanimación pueden ser considerados como sostén de la vida y atenuación del dolor: el apartarlos podría hacer más penosas la agonía y la muerte, además de anticiparla. En estos casos me parece que se debe confirmar la obligación de emplear tales medios hasta el momento de la muerte clínica.

Eutanasia y suicidio

No hemos querido tratar con mayor amplitud el tema del suicidio, porque en la práctica médica sólo entra la obligación de cuidar la recuperación de los que intentan suicidarse y en cuanto a la actividad del médico forense referida a la determinación exacta de la causa de la muerte. El tema toca más específicamente a los aspectos éticos de la vida social y de la psiquiatría, al que habrá que dedicar amplia y conveniente atención.[806]

Quisiéramos precisar simplemente que desde un punto de vista ético objetivo se debe condenar el suicidio porque es contrario a la inviolabilidad de la vida y a la dignidad de la persona, así como al respeto de la Bondad del Creador. Persiste, sin embargo, el complejo y delicado problema de valorar cuál es el grado efectivo de responsabilidad del sujeto y cuánta responsabilidad pesa, en cambio, sobre la sociedad y sobre el ambiente ideológico, cultural o familiar en que tal mecanismo se desencadena. Definirlo como «la última libertad de la vida», significa ubicar al suicidio en esa ideología de libertad sin responsabilidad y de subversión de los valores (libertad-vida) que nutre al mismo tiempo a las campañas en pro de la legalización de la eutanasia y de aliento al suicidio.

El estudio completo del fenómeno desde un punto de vista ético, sociológico y cultural no puede ser abordado en este trabajo que quiere reservarse, por lo menos en esta primera parte, a los principales problemas que involucran directamente a la responsabilidad ejecutiva del médico. Bajo este punto de vista —de participación directa—, el problema ético deontológico del médico se configuraría simplemente como la prescripción eventual con receta o la administración consciente de fármacos letales al suicida que lo pidiera y fuera consciente de ello. Y este aspecto concierne también al farmacéutico si el fármaco estuviera, por su composición y calidad, destinado sólo a la práctica del suicidio.

Pero este tipo de responsabilidad es muy fácil que lo entiendan desde el punto de vista jurídico, todos los que consideran al suicidio como un acto en sí ilícito e

---

[806] Cfr. MASI G., VOZ *Suicidio,* en *Enciclopedia Filosófica,* 8, Roma 1979[2], cois. 26-28.

[628]
inhumano. Por lo que se refiere al rechazo de la verdad y la tentación del suicidio, existe toda una literatura que desde la vertiente estrictamente antropológica acompaña e incluye a la científica. Remitimos para estos aspectos a un trabajo nuestro anterior.[807]

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., *Morire sì, ma quando?,* Paoline, Roma 1977.

—, *Problematiche dell'eutanasia,* «La Ca' Granda», 1985,2/3,13-44.

—, *Eutanasia. Il senso del vivere e del morire umano,* Dehoniane, Bolonia 1987.

ADORNO T.W., *Dialéctica negativa,* Taurus, Madrid 1975.

ALCIATI G., *Considerazioni sull'eutanasia. Il pensiero di un antropologo,* «Federazione Medica», 1985, 38/1, 25-28.

ALSZEGHY Z., *Il senso della sofferenza,* «Medicina e Morale», 1985, 1, 11-22.

ANGELINI G., *L'eutanasia. Tra desiderio di morire e fuga dalla morte,* «Rivista del clero italiano», 1985, 10, 664-671.

ANTICO L., II *dolore ha un senso? Il punto di vista medico,* «Anime e Corpi», 1984, 114, 403-412.

ARIÈS P., *La mort inversée,* «La Maison Dieu», 1970, 57-88.

—, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours,* Paris 1975.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, *Declaración adoptada por la 35q Asamblea Médica Mundial,* Venecia, octubre de 1983, en SPINSANTI S. (coord.), *Documenti di deontologia ed etica medica,* Paoline, Milán 1985, pp. 51-52.

AUTIERO A., I *bambini di fronte alla morte,* «Medicina e Morale», 1983, 4, 411-418.

BARNI M., *Considerazioni sull'eutanasia. Il pensiero di un medico legale,* «Federazione Medica», 1985, xxxvm, 1, 5-12.

BEAUCHAMP T.L., PERLIN S. (eds.), *Ethical issues in Death and Dying,* Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1978.

BIANCA M., *Significati e sensi del dolore e del dolore-sofferenza,* «Algologia», 1985, *1*- 2,3-31.

[807] Sgreccia E., *Il rifiuto della verità e la tentazione del suicidio,* «Prospettive nel mondo», 1982, 75/ 76, pp. 35-41. Véase también: FIZZOTTI E., *L'onda lunga del suicidio tra vuoto esistenziale e ricerca di senso,* «Anime e Corpi», 1992, 161, pp. 273-294; LUCATTINI A., Di PIETRO M.L., MELE V., SACCHINI D., *Fattori di rischio e prevenzione familiare del suicidio nell'adolescente,* Comunicación en el II Congreso Nacional AISPS sobre: «Hacia nuevas estrategias preventivas», Padua 30.11-1.12.1992.

BOK S., *Death and dying: Euthanasia and sustaining Ufe. Ethical views,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 268-277.

[629]

BOMPIANI A., *Eutanasia e diritti del malato «in fase terminale». Considerazioni giuridiche,* «Presenza Pastorale», 1985, 5/6, 76-119.

—, *Riflessione giuridica sui diritti del malato «in fase terminale»,* en ROMANINI A., SPEDICATO M.R. (coord.), *Progressi clinici: medicina. Unità di cura continuativa,* voi. 3, Piccin, Padua 1988, pp. 31-43.

BONJEAN J. et al., *Le refus de soins. La dimension étique du problème,* «Medecine et Hy-giène», 1984, 42, 1184-1189.

BOSCHI A., *L'eutanasia,* Turin 1950.

BOWLING A., *The hospitalisation of death: should more people die at home?,* «J. Med. Ethics», 1983, 158-161.

BRAHAMS D.M., *The Arthur case - a proposal of legislation,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 12-15.

BROOKS S.A., *Dignity and cost-effectiveness: a rejection of the utilitarian approach to death,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 148-151.

—, *Dignity and death: a reply,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 84-87.

Burnfield S., Doctor-patient dilemmas in múltiple sclerosis, *«J. Med. Ethics», 1984, 10, 21-26,*

Campanti.ni G., Eutanasia e societá, *en* Aa. Vv., Moriré si, ¡na quando?, *Paoline, Roma 1977, pp. 58-67.*

Campbell A*.G.M.,* The right to be allowed to die, *«J. Med. Ethics», 1983, 9, 136-140.*

Candee D., Puka *B.,* An analytic approach to resolving problems in medical ethics, «J. *Med. Ethics», 1984, 10, 61-70.*

Caprile *G.,* II Sínodo dei Vescovi 1974, *La Civilta Cattolica, Roma 1975, p. 708.*

—, II Magistero della Chiesa sull'eutanasia, *en* Aa. Vv., Moriré si, ma quando?, *Paoline, Roma 1977, pp. 192-220,*

Carpitella *M. (coord.),* Dizionario delle antichitá classiche di Oxford, *3 vols., Paoline, Alba 1963.*

Carrasco de Paula I., El problema filosófico y epistemológico de la muerte cerebral, *«Medicina y Ética», 1995, vi, 2, pp. 143 ss.*

Carta dell'autodeterminazione, *«Notizie di Politeia», 1991, 24, 4-5.*

Cattorini *P.,* Qualita della vita negli ultimi istanti, *«Medicina e Morale», 1989, 2, 273-294.*

—, Sotto scacco. Bioética di fine vita, *Liviana Medicina, Napoli 1993.*

Cellini *N.,* Problemi etici dell'assistenza al inórente, *en* Sgreccia *E. (coord.),* Corso di Bioética, *Angelí, Milán 1986, pp. 153-163.*

Chagas *C. (ed.),* The artificial prolongation of Ufe and the determination of the exact moment of death, *Pontificia Academia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1986.*
Chiavacci *E.,* Morale della vita física, *Dehoniane, Bolonia 1976.*
—, Promozione dei diritti del malato posto di fronte alia prospettiva della morte, *en* Aa. Vv., Moriré si, ma quando?, *Paoline, Roma 1977, pp. 253-266.*

---

[630]

—, *Eutanasia e diritto di morire con dignità,* «La Civiltà Cattolica», 1983, 1, 313-329.
CICCONE L., *L'eutanasia,* en *Non uccidere. Questioni di morale della vita fisica,* I, Ares, Milán 1984, pp. 257-294.
CLAYDEN G., *Ethics and the severely malformed infant: report on a multidisciplinary workshop,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 71-72.
COLOMBO F., *Il suicidio. Valutazione morale,* en AA. VV. *Il suicidio: follia o delirio di libertà?,* Paoline, Cinisello Balsamo 1989, pp. 147-154.
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali* (6.9.1991), Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e Γ Editoria, Roma 1991.
COMISIÓN INVESTIGADORA HOLANDESA SOBRE LA PRÁCTICA MÉDICA RESPECTO DE LA EUTANASIA, *Outlines report commission inquiry inlo medical practice with regard to euthanasia,* «Medicina e Morale», 1992, 1, 150-156.
CONCILIO VATICANO II, *Constitución Pastoral «Gaudium et Spes»,* nn. 23-32, en *Documentos del Vaticano II,* Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1975[29], pp. 218-226.
CONFERENCIA DE LOS COLEGIOS DE MÉDICOS DE LA COMUNIDAD ECONÓMICA EUROPEA, *Principi di Etica medica Europea* (6.1.1987), «Il Medico d'Italia», 13.2.1987, 7.
CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA (República Federal), *La vie de l'homme et l'euthanasie* (15.6.1975), «La Document. Catholique», 1975, 1680, 685 ss.
CONSEJÓ DE EUROPA, *Raccomandazione relativa ai diritti dei malati e dei morenti* (21. 1.1976), en SPINSANTI S. (coord.), *Documenti di deontologia ed etica medica,* Paoline, Milán 1985, pp. 80--82.
CONSEJO PERMANENTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL FRANCESA, *Note sur l'euthanasie* (16. 6.1976), «La Document. Catholique», 1976, 1703, 722 ss.
—, Declaración *Respecter l'homme proche de sa mort,* «Medicina e Morale», 1992, 1, 124-133.
COTTA S., *Vita fisica e legislazione,* Roma 1985.
CUYAS M., *Eutanasia. L'etica, la libertà, la vita,* Piemme, Casale Monferrato 1989.

D'AGOSTINO F., *Eutanasia, diritto e ideologia,* «Iustitia», 1977, xxx, 285-306.
Dì Rocco C ., *La muerte cerebral en el recién nacido y el recién nacido con anence-falia,* «Medicina y Ética», 1995, vi, 2, pp. 157 ss.
DUGUET A.M., HEIB J.L. et al., *Obligation de moyens en réanimation: l'acharnement thérapeutique existe-t-il?,* «Agressologie», 1987, 28/7, 761-764.
EPISCOPADO ALEMÁN (República Federal), *Mort digne de l'homme et mort chrétienne* (20.11.1978), «La Document. Catholique», 1979, 1764, 471 ss.
ESPOSITO R.F., *L'eutanasia nella stampa di massa italiana,* en AA. VV., *Morire sì, ma quando?,* Paoline, Roma 1977, pp. 17-35.
EUSEBI L., *Omissione dell'intervento terapeutico ed eutanasia,* «Archivio Penale», 1985, 7, 508-540.

---

[631]

Eutanasia e diritto di morire con dignità (editorial), «La Civiltà Cattolica», 1983, 3202, 313-329.
FACKLER J.C., *Is brain death really cessation of all intracranial function?,* «J. Pedia-trics», 1987, 110, 84-86.
FANTINI B., GRMEK M.D., *Le definizioni di vita e di morte nella biologia e nella medicina contemporanea,* en Di MEO A., MANCINA C. (coord.), *Bioetica,* Laterza, Roma 1989.
FASANELLA G., CORDA E., *La eutanasia y enfermería,* «Medicina y Ética», 1991, n, 1, pp. 39 ss.; *ibi,* 1993, iv, 3, pp. 45 ss.
FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI-CHIRURGHI E ODONTOIATRI, *Codice di Deontologia Medica,* «Il Medico d'Italia», 1990, marzo, supl. al n. 44.
FERGUSON P., *Paternalism versus autonomy: medical opinion and ethical questions in the treatment of defective neonates,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 16-17.
FIZZOTTI E., *L'onda lunga del suicidio tra vuoto esistenziale e ricerca di senso,* «Anime e Corpi», 1992, 161, 273-294.
FLETCHER C, *Commentary,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 69-70.
FREER J.P., *Chronic vegetative states: intrinsic value of biological process,* «J. Med. Phil.», 1984, 9, 395-407.
GASPARETTO A., *L'eutanasia,* «Minerva Anestesiologica», 1986, 52, 167-168.
GILLETT G.R., *Why let people die?,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 83-86.
GILLON R., *Acts and omission: killing and letting die,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 59-60.
GIUSTI G., *L'eutanasia, diritto dì vivere, diritto di morire,* Cedam, Padua 1982.
GRETTI G., SALZANO S., *Aspetti etici della terapia del malato terminale,* «Minerva Anestesiologica», 1986, 52, 169-175.

GRUMAN G.J., BOK S., VEATCH R.M., *Death and dying: euthanasia and sustaining life,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 261-286.
GUERNIERI A., *Il momento della morte. Aspetti medico-legali,* «Federazione Medica», 1987, XL, 233-239.
GÜNTHOR A., *Chiamata e risposta,* HI, Paoline, Alba 1977, p. 602.
GUZZETTI G.B., *Considerazioni sull'eutanasia. Il pensiero di un teologo morale cattolico,* «Federazione Medica», 1985, xxxvm, 12-19.
HARING B., *Etica medica,* Paoline, Milán 1979.
—, *Eutanasia e legge morale,* en AA. VV., *Morire sì, ma quando?,* Paoline, Roma 1977, pp. 119-145.
—, *La legge di Cristo,* III, Morcelliana, Brescia 1964, pp. 223.
—, *Liberi e fedeli in Cristo,* III, Paoline, Roma 1982, pp. 119-145 (trad, esp., *Libertad y fidelidad en Cristo,* Herder, Barcelona 1983).
HAVARD J., *Legislation is likely to create more difficulties than it resolves,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 18-20.

---

[632]

HIGGS R., *A father says «don't tell my son the truth»,* «J. Med. Ethics», 1985, 11, 153-158.
—, *Cutting the thread and pulling the wool - A request for euthanasia in general practice,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 45-49.
—, RENNIE J., *Earning his heroin but seeking release while the surgeon advise amputation,* «J. Med. Ethics», 1987, 13, 43-48.
HOLANDA, *Introduzione di una disciplina giuridica per la procedura di notifica degli interventi di eutanasia,* «Medicina e Morale», 1993, 2, 446-448.
HORAN D., *Euthanasia, the right to life and termination of medical treatment,* en MCMILLAN R., ENGELHARDT H.T., SPICKER S. (eds.), *Euthanasia and the newborn,* Rei-del, Dordrecht 1987, 24, pp. 147-180.
IANDOLO C, *L'approccio umano al malato. Aspetti psicologici dell'assistenza,* Armando, Roma 1979.
—, *L'assistenza psicologica del malato.* Luigi Pozzi, Roma 1986.
IORIO T., *Theologia moralis,* n, Ñapóles 1939, p. 143.
JoMAiN C, *Mourir dans la tendresse,* Le Centurion, París.
JUAN PABLO II, *Discurso a los participantes en el 54- Curso de actualización de la Universidad Católica del Sgdo. Corazón* (6.9.1984), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* VII, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1984, pp. 332-336.
—, *Discurso al Congreso Internacional sobre la asistencia al moribundo* (17. 3.1992), «Medicina e Morale», 1992, 3, 419-422.
—, *Carta Apostólica «Salvifici doloris»* (11.2.1984), en *Enchiridion Vaticanum,* 9, Dehoniane, Bolonia 1987, pp. 573-667.

JUAN PABLO II, *A los participantes en el Congreso Internacional de la Asociación «Omnia Hominis»: «En la dignidad de la muerte se celebra y se exalta la plenitud de la vida»,* «Medicina y Etica», 1991, n, 1, 84-
KASS L.R., *Is there a right to die?,* «Hastings Center Report», 1993, 23, 1, 34-43.
KÜBLER-ROSS E., *On death and dying,* Mac Millan, Nueva York 1969.
KUHSE H., *The Sanctity of life Doctrine in Medicine. A Critique,* Clarendon Press, Oxford 1987.
LENER S., *Sul diritto dei malati e dei moribondi: è lecita l'eutanasia?,* «La Civiltà Cattolica», 1976, li, 217-232.
LÉVINAS E., *Etica e infinito,* Città Nuova, Roma 1984.
LIFSHITZ A., *Asignación de recursos para la salud en la etapa terminal,* «Medicina y Ética», 1994, v, 1, pp. 17 ss.
LINACRE CENTER WORKING PARTY, *Euthanasia and Clinical Practice: Trends, Principles and alternatives,* The Linacre Centre, Londres 1982.
Lo B., STEINBROOK R.L., *Deciding whether to resuscitate,* «Arch. Intern. Med.», 1983, 143, 1561-1563.
LUCATTINI A., DI PIETRO M.L., MELE V., SACCHINI D., *Fattori di rischio e prevenzione familiare del suicidio nell'adolescente,* Comunicazione al II Congresso Nazionale AISPS su «Verso nuove strategie preventive», Padua 30.10-1.11.92.

---

[633]
MAESTRI W.F., *Euthanasia: the right to die... the duty to die?* en *Choose life and not death,* Alba House, Nueva York 1986, pp. 77-118.
MAIER A.W., voz *Suicide,* en *Encyclopedia of religion and ethics,* XII, Edimburgo 1971.
MANNI C, *Considerazioni mediche sull'eutanasia,* en AA. VV., *Morire sì, ma quando?,* Paoline, Roma 1977, pp. 103-120.
—, Considerazioni sull'eutanasia. Il pensiero di un medico anestesista-rianima tore, «Federazione Medica», 1985, XXXVIII, 1, 20-25.
MARCOZZI V., *Il cristianesimo di fronte all'eutanasia,* «La Civiltà Cattolica», 1975, rv, 322 ss.
MASI G., VOZ *Suicidio,* en *Enciclopedia Filosofica,* 8, Epidem, Roma 1979 2, col. 26-28.
MASON J.K., *Parental choice and selective non-treatment of deformed newborns: a view from Mid Atlantic,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 67-71.
MCCARTHY D.G., MORACZEWSKI A.S. (eds.), *Moral responsability in prolonging life decision,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1981.
MCMILLAN R.C. et al. (eds.), *Euthanasia and the newborn. Conflicts regarding saving lives,* Reidel, Dordrecht 1987.
MIELKE M., *Medizine und Menschlichkeit. Documenten des Nürnberger Aerzteprozeses,* Frankfurt a. M./Hamburgo 1960.
MONOD J., *El azary la necesidad,* Seix Barrai, Barcelona 1977.

MONTICELLI I., *La pastorale della sofferenza,* «Anime e Corpi», 1984, 115, 489-517.
MORALES J. E., *En favor de la «buena» eutanasìa,* «Medicina y Ètica», 1992, HI, 2, pp. ~~ 339 ss.
MORASSO G., INVERNIZZI G. (coord.), *Di fronte all'eperienza di morte: il paziente e i suoi terapeuti,* Masson, Milan 1990.
MORETTI G., *Il suicidio: tra libero arbitrio e malattia,* «Vita e Pensiero», 1987, 9, 603-610.
MORGANTE M., *L'eutanasia è un crimine?,* LDC, Leumann (To) 1986.
MORIN E., *L'homme et la mort devant l'histoire,* Paris 1951.
MORONI A., *Dare un volto alla terra,* en AA. VV., *La vicenda uomo tra coscienza e com-puter,* Cittadella, Asfs 1985, pp. 271-198.
MORRIS J.N.-SUISSA S. et al., *Last days: a study of the quality of life of terminally ill cancer patients,* «J. Chron. Dis.», 1986, 39, 1, 47-62.
Né eutanasia né accanimento terapeutico (editorial), «La Civiltà Cattolica», 1987, i, 313-326.
NORMANNO G., *Il problema della morte e dell'eutanasia nel pensiero contemporaneo,* en BELLINO F. (coord.), *Civiltà tecnologica e destino dell'uomo,* Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti 1989, pp. 335-345.
OBISPOS CATÓLICOS DE FLORIDA, Declaración Pastoral *Life, death and the treatment of dying patients,* «Medicina e Morale», 1990, 3, 618-624.

---

[634]
OBISPOS CATÓLICOS DE PENSILVANIA, Declaración *Nutrición e Hidratación. Consideraciones morales,* «Medicina y Etica», 1993, iv, 1,61 ss.
OBISPOS CATÓLICOS ESTADOUNIDENSES, COMITÉ «PRO-LIFE», *Nutrición e Hidratación. Consideraciones morales y pastorales,* «Medicina y Ética», 1993, IV, 1, 33 ss."
ODDONE A., *L'uccisione pietosa,* «La Civiltà Cattolica», 1950, i, 248 ss.
O'CONNELL L.J., *Medical technology: questions oflife and death,* en CORTIS T. (ed.), *Bio-ethics,* Ministry for Social Policy, Valletta 1989, pp. 13-27.
O'ROURKE K., *The Christian Affirmation oflife,* «Hospital Progress», 1974, 55, 65-72.
PABLO VI, *Discurso al Comité Especial de las Naciones Unidas para la cuestión del «Apartheid»* (22.5.197'4), en *Insegnamenti di Paolo VI,* XII, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1974, pp. 457-461.
—, *Discurso a los participantes en el III Congreso Mundial del «International College Psychosomatic Medicine»* (18.9.1975), en *Insegnamenti di Paolo VI,* xm, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1975, pp. 953-956.
PALAZZINI P., *Dictionarium Canonicum et morale,* Roma 1965.
—, *Morale dell'attualità,* «Studi Cattolici», 1980, 373 ss.
PERGORARO R., *Comunicazione della verità al paziente. II. Riflessioni etico-teologiche,* «Medicina e Morale» 1992, 3, 425-446.

PELLICCIA G., *L'eutanasia ha una storia?,* en AA. VV., *Morire sì, ma quando?,* Paoline, Roma 1977, pp. 68-96.
PERICO G., *Difendiamo la vita,* Centro Studi Sociali, Milán 1962.
—, *A difesa della vita,* Centro Studi Sociali, Milán 1975.
—, *Problemi che scottano,* Ancora, Milán 1976, pp. 229 ss.
—, *Eutanasia e accanimento terapeutico in malati terminali,* «Aggiornamenti Sociali», 1985, 1, 3-14.
—, *Il dolore umano,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992 2, pp. 29-42.
—, *Eutanasia e accanimento terapeutico,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992, pp. 137-164.
—, *La rianimazione,* en *Problemi di etica sanitaria,* Ancora, Milán 1992 2, pp. 211-222.
PETRINI M-, *L'assistenza al morente. Orientamenti e prospettive,* «Medicina e Morale», 1985, 2, 365-388.
Pío XII, *Enciclica «Mystici Corporis Christi»* (29.6.1943), en *Colección completa de Encíclicas Pontificias. 1830-1950,* Facultades de Filosofía y Teología de San Miguel, Editorial Guadalupe, Buenos Aires 1952, pp. 1523-1560.
—, *Alocución a la Unión Italiana Médico-Biológica de «San Lucas»* (12.11.1944), en *Discorsi e Radiomessaggi,* vi, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1960, pp. 181-196.
—, *A los participantes en el VI Congreso Internacional de Cirugía* (21.5.1948), en *Discorsi e Radiomessaggi,* x, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1960, pp. 95-100.

---

[635]
—, *A las congresistas de la Unión Católica Italiana de Comadronas* (29.10.1951), en *Discorsi e Radiomessaggi,* XIII, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1961, pp. 331-353.
—, *A los participantes en el I Congreso Internacional de Histopatología del Siste*ma Nervioso (14.9.1952), en Discorsi e Radiomessaggi, xiv, Tipografía Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1961, pp. 317-330.
— , Radiomensaje al VII Congreso Internacional de los Médicos Católicos (11.9.1956), en Discorsi e Radiomessaggi, xvm, Tipografía Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 423-435.
—, Respuesta a las cuestiones del IX Congreso de la Sociedad Italiana de Anes- tesiología (24.2.1957), en Discorsi e Radiomessaggi, XXVIII, Tipografía Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 777-799.
—, A los congresistas del «Collegiwn Internationale Neuro-Psyco-Pharma-cologicum» (9.9.1958), en Discorsi e Radiomessaggi, xx, Tipografía Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1959, pp. 321-333.
Pezolato L.F., Le riposte al problema della morte tra mentalitá classica e cristiana antica, «Medicina e Morale», 1986, 3, 533-545.

Pontificio Consejo «Cor Unum», Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos (27.6.1981), en Enchiridion Vaticanum, 7, Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 1133-1173.
Practicing the PSDA, «Hastings Center Report», 1991, 5 (S), 15-165.
Preus A., Respect for the dead and dying, «J. Med. Phil.», 1984, 9, 409-415.
Puca A., El caso de Nancy Beth Cruzan, «Medicina y Ética», 1993, iv, 4, 99 ss.
Puccini C, Ueutanasia soltó l'aspetto medico deontologico, «Quaderni di Med. Légale», 1979, i, 5-17.
Rachels J., Active andpassive euthanasia, «NEJM», 1975, January 9, 78-80.
—, The end of Ufe. Euthanasia and morality, Oxford University Press, Nueva York 1986.
Reichenbach B.R., Euthanasia and the Active-Passive Distinction, «Bioethics», 1987, 1, 51-73.
Rentchnick P., Evolution du concept «euthanasie» au cours de ees cinquante derniéres annés (I), «Médecine et Hygiéne», 1984, 1553, 653-666.
Romanini A., Spedicato M.R. (coord.), Unita di cura continuativa. Nuova soluzione terapéutica e assistenziale nella malattia termínale, en Progressi clinici: medicina, ni, 3, Piccin, Padua 1988.
Rose H.J., voz Euthanasia, in Encyclopedia of religión and ethics, v, Edimburgo 1971.
Rossi L., voz Eutanasia, in Dizionario enciclopédico di teología morale, Paoline, Roma 1981, pp. 380-386.
S.abato A.F., La terapia del dolore, en Romanini A., Spedicato M.R. (coord.), Progressi clinici: medicina. Unita di cura continuativa, ni, 3, Piccin, Padua 1988, pp. 65-80.
Sagel J., Volontary euthanasia (letterj, «Lancet», 1986, september 20, p. 691.

---

[636]

SECRETARIADO DE LA CONFERENCIA EPISCOFAL FRANCESA, *Problemi etici posti oggi dalla morte e dal morire,* «Bulletin du Secrétariat de la Conférence Episcopale Française», 1976, 6, marzo.
SGDA CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre El aborto provoca-do,* (18.11-1974), en *Enchiridion Vaticanum,* 5, Dehoniane, Bolonia 1979, pp. 419-443.
—*, Declaración sobre La eutanasia,* (5.5.1980), en *Enchiridion Vaticanum* 7, Dehoniane, Bolonia 1982, pp. 332-351.
SGRECCIA E., *// rifiuto della verità e la tentazione del suicidio,* «Prospettive nel mondo», 1982,75/76,35-41.
—*, Il dolore ha un senso? Il punto di vista della fede cristiana,* «Anime e Corpi», 1984,114,437-455.
—*, Dignità della morte ed eutanasia,* en AA. VV., *// valore della vita,* Vita e Pensiero, Milan 1985, pp. 132-161.
—*, Istruire sul vangelo della vita. Considerazioni etiche sull 'eutanasia,* «Presenza Pastorale», 1985, 5/6, 54-66.
—*, Aspetti etici connessi con la morte cerebrale,* «Medicina e Morale», 1986, 3, 515-526.
—*, Guida medica europea ed eutanasia,* «Vita e Pensiero», 1987, 4, 250-262.

—, *// malato terminale e l'etica della solidarietà,* en ROMANINI A., SPEDICATO M.R. (coord.), *Progressi clinici: medicina. Unità di cura continuativa,* ni, 3, Piccin, Padua 1988, pp. 19-30.
SIMMONS P.D., *Euthanasia: the person and death,* en *Birth and death: bìoelhics deci-sion-making,* The Westminster Press, Filadelfia 1983, pp. 107-154.
SLACK A., *Killing and allowing to die in medicai practice,* «J. Med. Ethics», 1984, 10, 82-87.
SPAGNOLO G., *L'eutanasia. Aspetto etico del problema,* «Scienza e Fede», 1983, 8, 1-38.
SPEDICATO M.R. (coord.), *Progressi clinici: medicina. Unità di cura continuativa,* IH, 3, Piccin, Padua 1988," pp. 19-30 y 65-80.
SPINSANTI S., *Psicologi incontro ai morenti,* «Medicina e Morale», 1976, 1/2, 79-96.
—, (coord.), *Umanizzare la malattia e la morte. Documenti pastorali dei vescovi francesi e tedeschi,* Paoline, Roma 1980.
—, voz *Salute, Malattia, Morte* en COMPAGNONI F., PIANA G., PRIVITERA S. (coord.), *Nuovo dizionario di Teologia Morale,* Paoline, Cinisello Balsamo 1990, 1134-1144.
TARANTINO A., *Eutanasia, derecho a la vida y derecho penai,* «Medicina y Ètica», vi, 3, 347 ss.
TETTAMANZI D., *Eutanasia. L'ilusione della buona morte,* Piemme, Casale Monferrato 1985.
—, *L'etica della malattia e del dolore,* en *Custodi e servitori della vita,* Salcom, Brezzo di Bedero 1985, pp. 473-492.
—, *Per una pastorale di speranza dell'uomo che soffre,* Salcom, Brezzo di Bedero 1986.

---

[637]

—, *II morire umano e l'accanimento terapeutico,* en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990 2, pp. 459-468.
—, *L'eutanasia,* en *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 1990 2, pp. 419-431.
—, *Nutrizione e idratazione medicalmente assistite nel paziente in stato di incoscienza: problemi morali,* «L'Osservatore Romano», 11.12.1992.
THE POPE JOHN CENTER, *The new technologies of birth and death: medical, legal and moral dimensions,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1980.
THOMAS L.V., *Antropologia della morte,* Garzanti, Milan 1976.
TOWERS B., *Public debate on issues of life and death,* «J. Med. Ethics», 1983, 9, 113-115.
USA, PRESIDENT'S COMMISSION, *Summing up: Final Report on Studies of the Ethical and Legal Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research,* US Gov. Print. Office, Washington (DC) 1983.

USA, STATE OF CALIFORNIA, *Natural Death Act,* 1976, en Apéndice a GIUSTI G., *L'eutanasia,* Cedam, Padua 1982, pp. 91-99.
VARGA A.C., *The ethics of infant euthanasia,* en *The main issues in bioethics,* Paulist Press, Nueva York 1984, pp. 287-302.
VEATCH R.M., *Death. Dying and the Biological Revolution,* Yale University Press, New Haven 1989.
VERSPIEREN P., *Eutanasia. Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento ai morenti,* Paoline, Milan 1985.
VILLA L., *Medicina oggi. Aspetti di ordine scientifico, filosofico, etico-sociale,* Piccin, Padua 1980.
VISSER J., *Pronunziamelo ufficiale della S. Sede sull'eutanasia,* «Medicina e Morale», 1981, 3,358-372.
VOLTERRA E., *Esposizione dei nati: diritto greco e romano,* en *Novissimo Digesto Italiano,* vi, UTET, Turin 1960, pp. 878-879.
VOYER M., *Ethique et handicap en réanimation. L'accompagnement lors de la mort d'un enfant,* «Arch. Fr. Pediatr.», 1986, 43, 575-578.
WARD E.D., *Dialysis or death? Doctors should stop covering for an inadeguate health service,* «J. Med. Ethics», 1986, 12, 61-63.
WHITE R.J., ANGSTWURM H., CARRASCO DE PAULA I (eds.), *Working group on the determination of brain death and its relationship to human death* (10-14.12.1989), Pontificia Accademia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1992.
WILKES E., *Terminal care: how can we do better?,* «J. Royal Coll. Phys. London», 1986, 20/3, 216 ss.
ZIGLIOLI R., */ diritti del malato,* «Anime e Corpi», 1983, 109, 481-498.
ZORZA R., ZORZA J., *Un modo di morire,* Paoline, Roma 1983 2.

[639]

CAPÍTULO 16
Bioética y tecnología

La «insaciabilidad» de la historia

Con la expresión de «insaciabilidad de la historia», un filósofo del derecho[808] describe el constante desnivel que existe en el hombre mismo entre una insuprimible sed de la voluntad hacia una felicidad plena e insaciada y las acciones concretas circunscritas por una negatividad limitante; entre la sed de alcanzar lo «máximo», la plenitud, y la recaida en lo negativo y en el «no» que acompaña a toda experiencia de vida. En este desnivel se actúa una tensión, porque la voluntad humana, como llamada que está hacia lo eterno y lo infinito, no cesa de luchar contra los

[808] CAPOGRASSI, *Introduzione alia vita etica.*

límites y de lanzarse más allá de la experiencia hacia una conquista del cosmos que circunscribe a la vida, del misterio que envuelve a la mente. Ciencia y técnica se entrelazan desde siempre para saber más, para dominar más, para ser más.

Hay una voluntad incoercible en el fondo; y por tanto, una eticidad en la sed de saber y de hacer. Que esta eticidad sea ordenada y positiva, dependerá no sólo de los fines que se quiere conquistar, sino también de los modos y de los medios hechos realidad a lo largo del camino; y la conquista dependerá sobre todo del proyecto de hombre y de humanidad que poco a poco se iría perfilando en el horizonte; teleología y deontología deberán conjugarse juntamente durante el trayecto. Pero, mientras tanto, sigue siendo cierto que ha habido y habrá un camino, pues el hombre está hecho para caminar, es peregrino en busca de magnitudes que lo superan y de horizontes aún no alcanzados. Nadie, sino el escaton, el fin último, detendrá el mandamiento primero del Génesis de «poseer la tierra»,[809] aunque sea a costa de registrar de cuando en cuando el «loco vuelo» hacia ese algo desconocido que no se deja aferrar y explorar.

Pero nos preguntamos por qué el problema se ha vuelto hoy más agudo y se ha hecho objeto de un cuestionamiento ético. Cuando el hombre domesticó al caballo no se plantearon problemas éticos, aunque luego lo utilizara para la guerra,

---

[640]

además de para otras cosas. Tampoco se plantearon problemas éticos cuando la humanidad inventó ¡a rueda o el arado, aunque esas conquistas sirvieran para trabajar el campo y transportar los productos, pero también para abastecer a los ejércitos e incrementar la sed de conquistas. Hoy el problema ético se plantea de manera más aguda por varias razones: el potencial acrecentado y explosivo puesto en manos del hombre, capaz de destruir al hombre mismo y a la humanidad entera; la necesidad de un nuevo proyecto de humanidad que integre las conquistas en los valores humanos perennes y profundos; la persuasión de que para lograrlo no basta la voluntad de algunos, o no son suficientes algunas leyes, sino que se requiere un crecimiento global de la humanidad.[810]

Trataremos ante todo de definir el papel de la técnica en relación con la persona. La técnica, como práctica, configura la relación instrumental de la persona con el mundo; es la prolongación y la potenciación del cuerpo. Durante miles de años el hombre buscó

---

[809] Gen 1, 28.

[810] AA. VV., *Philosophie de la culture,* en Acres *du Xléme Congrés International de Philosophie,* Lo-vaina 1953; CHIARELU B., *Storia naturale de! concetto di etica e sue implicazioni per gli equilíbri naturali attuaü,* «Federazione Medica», 1984, xxxvn, 6, pp. 542-547.

instrumentos para potenciar su fuerza muscular; en nuestro tiempo (y por eso el cambio marca una época) el hombre ha inventado medios para potenciar el sistema nervioso central: no ya sólo la fuerza muscular, sino también la fuerza mental. Como veremos, no todo el pensamiento entrará en esta trama instrumental, sino sólo el pensamiento cuantificable y calculatorio, reducible a fórmulas; pero mientras tanto se ha abierto una nueva era, la de la informática y la robótica en la que las fuerzas de dominación del mundo se han incrementado y la máquina ha potenciado al cerebro humano.

Pero repasemos brevemente este desarrollo de la técnica. En la reconstrucción de las diversas etapas del progreso técnico, de la relación entre el hombre y la naturaleza, los estudiosos de la historia de las civilizaciones afirman que en toda etapa de evolución de la técnica ha habido una «mutación» de la sociedad y de la cultura, en otras palabras, del proyecto-hombre. Este dato es importante para poner de relieve que la técnica no es un hecho sólo instrumental, sino también cultural y que, por esto, tiene también una dimensión ética.

Bajo el perfil de la historia del desarrollo técnico la humanidad ha conocido cuatro eras. Estas fases son sucesivas, pero al aparecer una nueva no desaparece inmediatamente la precedente.

La primera era es la pn'mifiua, llamada también «de la caza y de la pesca»: el hombre recoge lo que la tierra produce espontáneamente. Los instrumentos de trabajo son herramientas de contacto directo con el objeto: piedras, palos, flechas y hachas. A esta fase corresponde una organización social muy simple: la familia y la tribu; la habitación es provisional, a manera de chozas o cabanas, o bien está constituida por refugios naturales como grutas y cuevas.

---

[641]

La fase siguiente, la agrícola-pastoril, se caracteriza por el laboreo del suelo para obtener de él sus productos, por la invención de la rueda, la construcción de casas, la elaboración de los metales, el intercambio de productos, la moneda, la escritura y la construcción de fortificaciones: en una palabra, la gran civilización agrícola conocida en Oriente (Egipto, Mesopotamia, Asia Central), en la América precolombina, en Grecia y en Roma. La fase agrícola se prolongó hasta la invención de la máquina y continuó junto con la civilización industrial. Por lo demás, rastros y zonas de cultura primitiva continuaron coexistiendo con las fases sucesivas. En la cultura agrícola la civilización llegó a ese grado de desarrollo de las artes, de la literatura y del pensamiento filosófico del que todavía somos tributarios. La organización social llegó a la fase del derecho y vivió la experiencia que nuestra historia conoce hasta el siglo XVIII.

La era industrial está caracterizada por la máquina, que agiganta la fuerza del hombre y transforma más profundamente la naturaleza (la materia prima) que el hombre encuentra en su ambiente; tales máquinas son cada vez más potentes, capaces de utilizar cada vez más nuevas

formas de energía (vapor, electricidad, productos petrolíferos). Surgen los fenómenos propios de la civilización industrial: la cuestión social, la urbanización, la fragmentación de la familia, el consumismo productivista, el hedonismo, los problemas demográficos, las revoluciones políticas y sociales que con todo ello se han ido entreverando. La máquina transformó no sólo las materias primas, sino también a la sociedad y los valores.

Los estudiosos de la antropología cultural nos advierten que hemos llegado a la cuarta era del mundo[811], definida generalmente como era tecnológica. La caracterización de esta época procede del progreso tecnológico, por el que la máquina guía a otras máquinas, cosa que se hizo posible sobre todo a través de la informática. La informática permitió imitar y potenciar no ya la fuerza muscular del hombre, sino la fuerza mental humana. Y no es que, para construir la máquina de primer tipo, el hombre no haya tenido que utilizar los recursos de su mente: desde que el hombre es hombre, siempre se han conjuntando la ciencia y la técnica; pero la finalidad de las máquinas informáticas (robots y computadoras) es la de utilizar el cálculo, la información y el dato mental transmitido por el hombre y de proceder a la combinación, simulación y cálculo autónomo.

Así fue posible la cibernética o, mejor dicho, fue posible transferir la cibernética existente dentro del hombre a la cibernética al exterior del hombre.

Las implicaciones de esta nueva era son inmensas y no todas aún previsibles y compensadas. Ante todo, fue de esta forma como se produjo la fisión del átomo,

---

[642]

por lo que esta era ha sido llamada también era atómica; fue posible realizar los vuelos espaciales, por lo que ha sido definida también como era espacial. Y fue posible igualmente la proyección y la simulación, por lo que la nuestra se ha convertido asimismo en la era del proyecto y del futuro. En el campo médico asistimos a la activación no sólo de máquinas que aprovechan los rayos, las radiaciones atómicas, la captación de la energía nuclear en el organismo, sino que está siendo también realidad la telemedicina y la computarización en el manejo del enfermo y en la conservación y el estudio de los datos nosográficos, de gestión y de previsión. Y se prevén otras consecuencias de la era tecnológica en la relación entre el hombre y el ambiente por las crecientes consecuencias de explotación, contaminación (incluso radiactiva) y de posibles mutaciones biológicas y genéticas al aplicarse

[811] Cfr. COTTA S., Vera tecnológica, Bolonia 1981; LADRIERE, I rischi...; ANGEUNI C, Informática e morale, «Vita e Pensiero», 1983, sept.-oct.; VIDAL M., Etica de la actividad científico-técnica; SGRECCIA E., Il progresso scientifico-tecnologico...; AA. W, Atti del II Congresso del Mouimento Ecclesiale d'impegno cultúrale (MEIC), «Coscienza», 1985, 5/6.

las tecnologías de ingeniería genética. Esta «insaciabilidad» de la historia y del progreso humano tiene que ver con la antropología y con la ética (y con el derecho también), por más de una razón de relación.

Progreso técnico-científico y antropología

Es un dato comprobado que hay una interdependencia entre el progreso tecnológico y las mutaciones socio-culturales del hombre sobre la tierra. Pero ahora se se vienen a agregar dos cuestiones más:

1) ¿Comporta el «progreso», que tecnológicamente es lineal, igualmente un automático perfeccionamiento antropológico?

2) La mutación que vuelve sobre el tipo de vida del hombre a causa del progreso científico, ¿es una mutación que el hombre puede dominar?

En esta dirección nos puede salir al encuentro la filosofía de la ciencia con algunas de sus conclusiones que se pueden fácilmente compartir.

La primera observación procedente de esta reflexión filosófica es que el progreso científico-técnico es lineal —y, por esto, progresivo—, pero, al mismo tiempo, reductivo. Ambas características dependen del hecho de que la ciencia experimental, tanto en la fase de investigación como en el estudio aplicativo, considera el aspecto cuantitativo mensurable y reducible a fórmulas matemáticas de lo real. Por tanto, cualquier conclusión que se saque mediante una fórmula descriptiva, se vuelve punto de llegada de una investigación y punto de partida para una fase sucesiva. En este hecho hay un progreso, en el que las teorías sucesivas mantienen las precedentes por lo menos en parte, en la parte experimentalmente verificada y «no falsificable». La teoría sucesiva podrá modificar en el sentido de completar, corregir, reinterpretar; pero no podrá dejar de basarse en las adquisiciones anteriores, aunque sólo sea para corregirlas. Newton presupondrá a Galileo; Einstein

---

[643]

no podrá ignorar a Newton, y quienes han construido las centrales nucleares no podrán ignorar las leyes de la termodinámica y los estudios sobre el átomo.

Al mismo tiempo esta linearidad cuantitativa no puede sino «reducir» lo real a relaciones matemáticas, causales, cuantificables. Se pasan por alto los aspectos cualitativos, ortológicos y finalistas de la realidad. La causalidad ignora la finalidad, la técnica carece de sentido direccional y de valor.

Pero, para ser precisos, con esto no queremos decir que toda la investigación científica carezca de eticidad, precisamente por el hecho mismo de que nace de un impulso ético, que está justamente constituido por la insaciabilidad del espíritu humano, abierto al conocimiento, pero

también a la voluntad. La insaciabilidad de la historia es insaciabilidad del hombre, de la ciencia y del progreso.[812]

Pero esta eticidad en el origen exige que desemboque igualmente de una manera ética: ¿a dónde ir y cómo llegar?

La ética del impulso está presente en la ciencia y en la técnica, pero no conoce la ética de los medios y de los fines, la deontología y la teleología. Es por esto que varias corrientes filosóficas, como el existencialismo, la fenomenología, el personalismo o las mismas escuelas de epistemología, han requerido y requieren hacer una nueva síntesis entre cultura tecnológica y humanismo, entre ciencias experimentales y ciencias humanas, pidiendo sobre todo que la ética capte el sentido direccional de la civilización y garantice su camino.

Esta necesidad se hace más aguda (y llegamos así al examen de la segunda instancia citada) porque el «poder» científico-tecnológico ha alcanzado el nivel de ruptura. La ruptura está en el plano de la posibilidad «técnica» de destruir a la humanidad entera, a través de las armas atómicas o mediante la contaminación del ambiente, y, por otra parte, también en el plano de las posibilidades de introducir la «mutación» genética del hombre. La pregunta ética se puede hoy formular de esta manera: ¿qué se debe o no se debe hacer para que el hombre sobreviva y siga siendo hombre? Esta pregunta supone y reitera otras dos: ¿qué es lo que caracteriza al hombre como tal? ¿Es necesario que el hombre exista en el mundo? El «fin del mundo» fue anunciado por ciertos estructuralistas como Foucault,[813] pero la tecnología moderna puede hacerlo realidad.

Por esto, la eticidad de la tecnología no debe ser considerada simplemente en orden a la fase aplicativa, sino también en su insuficiencia radical, en su ambivalencia teleológica y en su dinámica de saber-poder que aumenta cada vez más y,

---

[644]

por tanto, también en su fase explicativa. En otras palabras, la tecnología exige complementarse y referirse a una antropología global, en la que pueda encontrar su función junto a las demás dimensiones del hombre.[814] Esto supone un proyecto de hombre que integre el desarrollo tecnológico sin deshumanizarlo ni absolutizarlo.

---

[812] Véase CAPOGRASSI, *¡ntroduzione...* El tema se ha tratado ampliamente en el capítulo 2.

[813] JONAS H., *Technique, morale et génie génétique,* «Communio», 1984, ix, 6, pp. 46-65; Ruiz DE LA PEÑA, *Anthropologic...,* pp. 66-79. Sobre el pensamiento de Foucault, véase REALE, ANTISERI, *// pensiero filosófico accidéntale...,* in, pp. 697-69.. Sobre el tema véase también: IANNONE A.P., *Contemporary moral controversies in technologies,* Nueva York 1987; AA.VV., *Etica e trasformazioni tecnologiche,* Milán 1987.

[814] JONAS, *Das Prinzip Verantwortung.*

Por lo que a la informática se refiere, aspecto peculiar y último en el tiempo, de la tecnología, se pueden hacer ulteriores observaciones y profundizar aún más en sentido antropológico.

Informática y antropología

Frente al proceso en curso por efecto de la informática[815] que impregna toda la vida (desde la familia a la escuela primaria, la fábrica o la economía) es necesario aclarar cuáles pueden ser las consecuencias ya visibles o previsibles en el plano humano; cuáles son los factores negativos y positivos para el desarrollo y la autonomía del hombre, y en qué condiciones este progreso técnico puede resultar progreso humano.

1) Las consecuencias tranquilizadoras de la informática en el plano antropo lógico-cultural.[816]

Muchos estudiosos son crítica y moderadamente optimistas acerca de las posibilidades que tiene el hombre de absorber el nuevo impacto, basándose en las capacidades de adaptación y de síntesis que revela la historia de la cultura humana en las fases precedentes de su desarrollo milenario.

Todos subrayan, primeramente, que la informática tiene un límite antropológico y lógico: ésta se mueve en el plano de la lógica formal; puede definirse como inteligencia artificial, cuando la inteligencia trabaja sobre elementos reducibles a combinaciones, reducibles a la identidad y a la unidad. El reconocimiento de la computadora supone la validez del significado unívoco y formal de las combinaciones. En otras palabras, ni a la computadora ni al robot se le podrá atribuir nunca esa función, la más típica del intelecto humano, que es la intuición, la creatividad o el lenguaje simbólico. Por esta razón, el hombre, el hombre en particular, nunca podrá ser sustituido, no sólo porque será siempre el hombre el que proporcione el primer programa y las leyes de la computadora, sino también porque nunca se podrá delegar en la computadora o en el robot la profundidad del intelecto creativo. La poesía, el arte, los valores morales y religiosos son frutos

---

[645]

que podrán ser memorizados, después de haber sido producidos, pero que jamás podrán ser sugeridos y elaborados por la máquina.

Otra observación preliminar y que delimita al pensamiento artificial es el hecho de que en la base de un programa están no sólo los pensamientos lógicos, ¡os datos proporcionados por el hombre, sino también opciones hechas en orden a un proyecto. Por tanto, hay un aspecto ético, no sólo al término del proceso, esto es, al momento de la fase de aplicación de lo que ha sido elaborado, sino también al inicio de

---

[815] RUBERETI A. (coord.), Tecnología domani. *Utopie differite e transizione in atto,* Roma-Barí 1987.

[816] AA. VV., *Atti del U Congresso del MEIC.*

una operación informática planificada. Esto es evidente especialmente en los procesos de «simulación» y en los programas de previsión: todo ha sido ya «orientado» según una opción de partida.

Por consiguiente, no se pierde el vínculo de unión entre informática y ética, sino que está presente al principio y al final de toda «proyectualidad». La informática, por esto, no puede escapar al dominio de la ética.

Otros estudiosos que pretenden esclarecer los aspectos tranquilizadores de la introducción de la informática hacen notar otro dato, o mejor, otra posibilidad: la delegación en la computarización de los aspectos ejecutivos del pensamiento permitirá al hombre ser más libre, tener más espacio para el momento creativo y reflexivo.

Delegando la atención a lo múltiple, el hombre podrá dedicarse a lo que se presenta como unificador en la vida, a los problemas que restituyen el «sentido» a la vida. Puesto que la formación moral debe tender no a lo multa —a muchas cosas—, sino a lo multum, es decir, a una cosa pero intensamente, ello no dejará de ser beneficioso. Obviamente, el incremento previsible del tiempo libre y «desocupado», implicará la necesidad de llenar los espacios humanos con actividades libres y liberadoras. Y se da una ulterior previsión tranquilizadora: la posibilidad entrevista de superar el fenómeno de la conurbación y de la urbanización, con motivo del traslado de muchos sectores de trabajo ahora concentrado en las ciudades, donde los espacios vitales y los recursos ecológicos están empezando a no ser ya los más adecuados.

2. Aspectos problemáticos de ¡a introducción de la informática.

Entre los riesgos que se han puesto de manifiesto, pues de riesgos se trata, el más notable es el que consistiría en un posible empobrecimiento de la percepción de lo real: lo real es reducido a la información, a un dato formal; consiguientemente, la inteligencia, habituada a un ejercicio formal, experimentaría un embotamiento de las facultades creativas e imaginativas. También el lenguaje amenazaría con empobrecerse en una estructura descriptiva, en detrimento de lo cualitativo y valorativo.

---

[646]

Pero es en el mundo de los valores donde se teme un empobrecimiento más específico, porque éstos no se cuentan entre los aspectos cuantificables y descriptivos, y porque las relaciones humanas y sociales se empobrecerían también, al no ser la computadora idónea para proporcionar juicios de sentido y significaciones metafísicas.

Hay quien prevé también el riesgo de una crisis de identidad y una pérdida del sentido de la corporeidad y de la realidad cósmica natural por causa de la reducción formal.

Pero el mayor temor es respecto del cambio de la sociedad debido a la necesaria concentración del saber-poder en manos de unos pocos. El programa, que por lo demás requiere especialización y rapidez de

elección, puede ser pensado y estudiado por unos pocos. Surge en el horizonte la sombra de una nueva oligarquía tecnocrática que programa y controla el desarrollo. Y está el riesgo concomitante de que la sociedad se acostumbre a valorar lo real por los aspectos cuantitativos y por lo que tiene de funcional y de que, así, esté más dispuesta a perder la libertad. Habría quien programaría por derecho institucional y para todos, y quien se dejaría programar o que, en cualquier caso, no sería capaz de impedir la ejecución de los programas y de los controles masivos.

Las instancias éticas frente a la cultura de la informática

Se sugiere adoptar ante todo una postura que no habría de serpuro y simple rechazo, ni tampoco de exaltada aceptación. Frente a los hechos de progreso científico las posiciones de exorcismo o de fideísmo serían inadecuadas, además de ineficaces, para un proceso de humanización de lo que pertenece al reino de los medios y de la cultura. Pero inadecuado resulta igualmente un criterio de mera y simple complementariedad entre civilización de la técnica y civilización humanista. También la técnica es fruto del hombre.

Lo que se requiere es un nuevo proyecto de hombre y de cultura que lleve a cabo una nueva síntesis, y no una simple adición del «remiendo nuevo» al «vestido viejo».

No resulta fácil delinear al hombre nuevo, al hombre humano que no sea simplemente el hombre económico o el hombre tecnológico, que no se resigne a la desencarnación de lo real para captar de ello sólo lo que es funcional, informático o cibernético. Este nuevo humanismo surgirá, ciertamente, de un tránsito laborioso.

Lo que desde ahora parece estar bastante delineado en el pensamiento de los especialistas y de los filósofos puede resumirse en las siguientes instancias.

La primera instancia que se impone es la recuperación de cuanto hay en el ánimo humano de irreducible a la racionalidad informática, de tipo formal y cuantitativo.

---

[647]

Esto quiere decir intensificar en el proceso educativo las actividades creativas, el lenguaje simbólico artístico y la experiencia o inteligencia del misterio, del ser. La «civilización del ser» está más allá de toda computarización y se revela en el momento de la contemplación, en la búsqueda de lo que está más allá del «signo» y se ubica dentro del «significado».

De igual manera, la instancia ética se impone no sólo como ética de la obligación sino también como ética del proyecto, ética teleológica que se inserte en la deontológica, pero enraizadas ambas en la ontología. Cualquier proyecto tiene necesidad de un sentido; pero todo «sentido» requiere una meta; y la meta, a su vez, reclama y exige una plenitud de ser y una estructura de esencia.

Quien introduce programas en la computadora realiza una serie de opciones y opera en orden a unos proyectos: el sentido y el proyecto piden un fin y un camino, el descubrimiento y el esclarecimiento en el plano de los valores.

Por otro lado, estos valores que constituyen la meta que da orientación y sentido a lo real, deben tener una fundamentación objetiva y racional y no simplemente emotiva, para no inducir un dualismo en el hombre entre los procesos del saber y los de las opciones. El valor deberá tener su propia ontología y su justificación racional.

Otra dimensión que hay que cultivar en función de esta nueva cultura y del equilibrio antropológico está constituida por la sociabilidad, entendida ante todo como densidad de las relaciones sociales. Civilización del ser que se integre con la civilización del número y del «dato» quiere decir, también, civilización del amor y de la relación interpersonal.[817]

Pero la instancia de la sociabilidad equivale igualmente a exigencia de participación: o la informática es socializada, o crea clases privilegiadas y una forma de tecnocracia, en la que hay quien proyecta y quien se deja someter al proyecto.

Por lo demás, la cultura crea humanismo cuando se socializa. Es lo que decía Pablo VI en la Popuhrum Progressio cuando acuñó la expresión: «todo el hombre, todos los hombres», concepto que ha sido definido también como «humanismo pleno».

Cuando Maritain hablaba de «humanismo integral» pensaba en la armonía entre valores naturales y valores sobrenaturales, polemizando tanto con el haturalismo laicista como con el sobrenaturalismo fideísta.

Con la expresión «humanismo pleno», Pablo VI quiere subrayar tanto el logro de la plenitud en el interior de la persona mediante el desarrollo educativo (desarrollo que implica también la armonía) de todas las capacidades y las dimensiones del hombre, cuanto la extensión de los bienes humanos a todos los hombres, a nivel planetario.

---

[648]

En esta perspectiva hay que buscar una «proyectualidad» y un nuevo humanismo en el que los valores de la tecnología y de la informática se armonicen con los de la creatividad y de la libertad, tanto a nivel microsocial como a nivel ma-crosocial y mundial.

Y hay que subrayar otra instancia ética más para este tipo de civilización, a fin de contraponerla al tecnicismo y la racionalidad formal: es la exigencia del testimonio simbólico y profetice

Para eliminar el riesgo de la uniformidad conformista, para animar a la sociedad de masas que es el fruto más congruente de esta

[817] Véase lo que, acerca de esta instancia, han escrito MARCUSE H., *El hombre unidimensional,* Artemisa, México 1985; FROMM E., *¿Tener o ser?,* Fondo de Cultura Económica, México.

racionalidad, se requiere que los valores morales no sólo se expresen mediante el lenguaje verbal y racional, sino que habrán de expresarse a través del signo simbólico y emblemático, y encarnarse en los hechos. Es lo que en lenguaje teológico se define con el término de «testimonio».

Algunas fronteras éticas particulares de las aplicaciones tecnológicas

Volviendo al desarrollo tecnológico considerado en su conjunto, se reconocen como «fronteras» algunos problemas peculiares, más allá de las cuales el empleo de la tecnología sin una norma y un finalismo moral podría llevar a una situación de ruptura del equilibrio humano en sentido cósmico y social. Tales fronteras del desarrollo tecnológico son tres sobre todo: la acumulación del potencial atómico, la contaminación ecológica y la tecnología aplicada a la genética. Son temas que merecen ser tratados aparte, considerándolos en particular, aunque todos ellos tienen un reflejo en el campo médico-biológico y afectan directamente a aspectos de la medicina y de la profesión médica. Por lo demás, los tres tienen también entre sí tienen relaciones de posible interdependencia: la energía atómica puede acarrear contaminación (al igual que puede utilizarse para aplicarla en la medicina) y puede influir en el patrimonio genético de las generaciones futuras.

Y éstos no son temas de exclusiva competencia de la política, sino que tocan también a la moral y la ética médica.

La manipulación genética

Bástenos con aludir simplemente al problema de la aplicación del progreso científico-tecnológico al campo de la genética, remitiendo al capítulo específico. De todos modos, hay que recordar que el juicio moral cambia según se trate de terapia genética o geneterapia —que es lícita en sí en determinadas condiciones (que no suprima embriones humanos, que no determine riesgos graves de error y aberraciones peores que los que se quieren corregir, que tenga alguna posibilidad de éxito) — o de manipulación alteradora o eugenésica. Por otra parte, el juicio moral cambia según que la intervención manipuladora se haga sobre el patrimonio genético

---

[649]

de la célula somática, sobre el de la célula germinal, o bien sobre el embrión humano. Se sabe que la manipulación de la célula somática puede llevar a la producción de sustancias farmacológicas valiosas (como la insulina o el interferón); pero también que la **FIV** es solicitada por algunos para manipular embriones humanos. Y se sabe, igualmente,

que la manipulación de los microorganismos patógenos puede transformarlos en un arma biológica.[818]

El empleo de la energía atómica

Puede estar destinado para usos bélicos, y sabemos por las investigaciones llevadas a cabo por la Pontificia Academia de las Ciencias que el potencial bélico en ingenios atómicos equivale actualmente a 15 toneladas de trinitrotolueno por cada habitante de la tierra.[819] Y ya se han estudiado las consecuencias de orden biológico que pueden tener en la salud de los sobrevivientes.

La Declaración sobre la Prevención de la Guerra Nuclear formulada por la misma Pontificia Academia de las Ciencias en 1982 se expresa a este propósito de la siguiente manera:

«Por primera vez es posible provocar ruinas de una dimensión tan catastrófica que puede hacer desaparecer a una gran parte de la civilización y poner en peligro su supervivencia. El empleo masivo de tales ingenios podría desencadenar tan graves e irreversibles cambios ecológicos y genéticos, que no su alcance es imposible de prever.

La ciencia no puede ofrecer aLmundo ninguna defensa real contra las consecuencias de una guerra nuclear (...) Hasta ahora existen unos 50,000 ingenios nucleares, algunos de los cuales tienen una potencia mil veces superior a la de la bomba que destruyó Hiroshima. El contenido explosivo total de estos ingenios equivale a un millón de bombas de Hiroshima, que corresponde a tres toneladas de TNT[820] por habitante de la tierra. Esta masa de bombas continúa creciendo (...) La constante acumulación de nuevos conocimientos aumenta el potencial de las armas nucleares, químicas, biológicas y convencionales (...) Es deber de los científicos impedir el uso perverso de sus descubrimientos y afirmar que el futuro de la humanidad depende de la aceptación, por parte de todas las naciones, de los principios morales que trascienden cualquier otra consideración (...) Finalmente, hacemos un llamado: **1.** A los dirigentes de las naciones, para que tomen la iniciativa a fin de reducir el peligro de una guerra nuclear (...) 2. A los científicos, para que utilicen su creatividad en mejorar las condiciones de la vida humana y, en el presente caso, para que apliquen su ingenio en la

---

[650]

búsqueda de los medios útiles para evitar ia guerra nuclear y desarrollar métodos prácticos para el control de los armamentos; 3. A los dirigentes religiosos y a todos cuantos custodian los principios morales, para que proclamen vigorosa e insistentemente la gravedad de los problemas

---

[818] Véase obre el tema COMITATO NAZIONALE PER LA BIOÉTICA, *Terapia genica;* ID., *Documento sulla sicu-rezza delle biotecnologie.*

[819] PONTIFICIA ACCADEMIA DELLE SCIENZE, *Declaration on preuention of nuclear war,* Ciudad del Vaticano 1982.

[820] Trinitrotolueno.

humanos en juego, a fin de que se comprendan plenamente y sean sentidos por la sociedad; 4. A los pueblos de todos los países, para que reafirmen su fe en el destino de la humanidad e insistan en el hecho de que evitar la guerra es responsabilidad de todos; para que combatan la opinión de que es inevitable un conflicto nuclear y actúen incesantemente para asegurar el porvenir de las futuras generaciones».

Frente a esta triste hipótesis que permite imaginar el fin de la humanidad, existe la posibilidad del uso pacífico de la energía nuclear y también de las aplicaciones en el campo médico, sobre todo en el del diagnóstico. En este caso, sin embargo, existe el «riesgo» de cómo poder soportarlo. Pero para ello se han dado normas de seguridad y prescripciones de dosificación. Tales normas son también éticamente obligatorias en nombre de la defensa física de cada individuo.

La protección hay que considerarla refiriéndola tanto a los pacientes, como a los agentes sanitarios y al ambiente social y ecológico.

El riesgo radiológico debe considerarse igualmente en relación con los otros tipos de radiaciones, por lo que también en este campo se han dado normas jurídicas que tienen incluso fuerza de obligación moral en cuanto a la efectiva peligrosidad y nocividad.

La nocividad y peligrosidad de las radiaciones se ha de considerar asimismo en relación con el feto de las mujeres embarazadas, en el sentido de que se han de evitar aquellas radiaciones que pueden resultar nocivas; y esto, aunque se dude, o sea seguro el embarazo.

Si se supiera que en el embarazo se llegó a aplicar radiaciones al embrión o al feto, desde el punto de vista ético no se puede proceder a la interrumpción voluntaria del embarazo, no obstante la legislación concerniente. El diagnóstico prenatal puede contribuir a resolver dudas en algunos casos; pero, aunque se llegara a confirmar el daño de malformación, no permite, como hemos explicado, proceder a la interrupción del embarazo.

Pero sobre este aspecto preciso del problema, el del uso pacífico de la radiactividad especialmente en el ámbito de la medicina, hay que hacer una reflexión más profunda que aquí no podemos abordar en su totalidad, por lo que remitimos a un tratamiento de tipo especializado.

En este capítulo de orientación general, sin embargo, se deberán precisar algunos conceptos o, por lo menos, se pondrán en evidencia ciertos interrogantes éticos.

Manteniéndonos siempre dentro del uso pacífico de la energía nuclear, hay que subrayar ante todo el hecho de que no existe un «umbral» de seguridad por debajo del cual el riesgo sea cero; riesgo lo hay siempre, y es por esto que se plantea el

---

[651]

concepto de «riesgo aceptable» y se propone el principio de conducta definido en los términos de «riesgo/beneficio». Son conceptos elaborados y cuantificados incluso con informes precisos por parte de la

Comisión Internacional sobre la Ra-dioprotección (ICRP) instituida por el Tratado constitutivo de la Euratom.

¿Pero qué se entiende por este problemático principio de «riesgo/beneficio»?

La tendencia, o el peligro por lo menos, es que se dé a estos dos términos o un significado totalmente economicista o bien un significado no homogéneo.[821]

El significado totalmente economicista está representado por el cálculo en dólares de las vidas humanas que se pueden perder o del costo económico de las enfermedades que se pueden provocar, y este dato es puesto en uno de los platillos de la balanza. En el otro platillo podrían ponerse los beneficios económicos (número de empleos, producción de máquinas, etcétera) que podrían derivarse de estas aplicaciones de la energía nuclear.

El cálculo se hace en términos estadísticos, como para los contratos de seguros, en los que sin embargo el problema es diverso; porque en el caso de los contratos de seguros la causa del daño es una causa externa, accidental, y no interna e intrínseca al empleo del medio y del método.

Por esto se ha de rechazar desde el punto de vista ético una concepción semejante del «riesgo/beneficio».

Otro equívoco se produce cuando las magnitudes calculadas no son homogéneas y a cuenta del riesgo se considera realmente el daño inferido a la salud y, por tanto, un bien antropológico; pero en el otro platillo de la balanza se pone la ventaja económico-social: esto es, se trata de actividades económicamente necesarias y socialmente útiles.

En cada una de las dos hipótesis el cálculo será siempre desfavorable al valor humano; por esto hay que introducir una precisión terminológica y ética dentro de este famoso principio que está ocupando un lugar de honor excesivo en el ámbito de la productividad industrial y en una sociedad basada en el rendimiento y en el provecho económico.

El principio conserva su validez sólo cuando se trata de computar y parangonar bienes económicos entre sí; pero incluso en este caso deberá estar siempre subordinado a los principios éticos superiores.

En el caso específico del empleo de la energía nuclear para usos pacíficos nos limitamos a ofrecer estos criterios orientadores que con dificultad se están proponiendo incluso ante las instancias internacionales.

---

[652]

---

[821] FAILLA L., *Il rischio nucleare: problema morale?,* «Rivista di teología morale», 1979, 41, enero-marzo, con bibliografía sobre el tema; PONTIFICIA ACCADEMIA DELLE SCIENZE, *Biological implications of optimization in radiation procedures: conclusions of Working Group,* Ciudad del Vaticano 1985; SGRE-CCIA E., *Bioeticítá delle metodiche strumentali in geriatria,* «Giomale di Gerontología», 1988, xxxvi, pp. 545-554.

Ante todo, por lo que se refiere a la aplicación en el enfermo debería valer el principio de la proporcionalidad terapéutica: es decir, se debe comparar el daño que se hace a la salud del enfermo con el resultado terapéutico en la misma persona, y buscar una proporcionalidad positiva. Es inútil e ilícito emplear una terapia si ésta no tiene un resultado proporcionalmente igual o mayor respecto de los daños que acarrea. Si el resultado fuera positivo y se previera la curación no debería interferir el costo económico, porque la economía está al servicio de la persona. Y mucho menos debería pesar en sentido selectivo y excluyente el hecho de que se tratara de un paciente anciano o discapacitado.

Por lo que concierne a los daños en los operadores (médicos y técnicos) y la población o el ambiente, no se debe recurrir al concepto de riesgo «aceptable», que es un criterio relativista (¿qué puede hacer aceptable la muerte por tumor prevista como resultado de la cantidad de radiaciones?), cuando más bien habría de buscarse el concepto de «optimización». Esto es, se deberá tender a disminuir el daño en el trabajador y en la población, tratándose de actividades cuyo riesgo es inherente a la actividad y que no depende de la casualidad. Incluso los accidentes se han de prevenir en lo posible, pero, ante todo, se ha de reducir al máximo el daño inherente a la actividad misma. El criterio ético de la sociabilidad podría hacer aceptable un riesgo deliberadamente previsto e imposible de eliminar de otra manera, para ayudar a la salud del prójimo, con tal que no esté en contradicción con el principio de «no hacer cosas malas para lograr otras buenas».

Estas pocas reflexiones nos hacen comprender la complejidad de la relación entre tecnología y moral, y la manera como pueden introducirse demasiado empíricamente criterios utilitaristas en la gestión del medio tecnológico incluso cuando se aplica a la salud del hombre.

La contaminación ambiental

Hemos explicado ya que en definitiva el uso de la energía nuclear puede producir, si se hace en dosis superiores a un cierto nivel de riesgo, una contaminación peligrosa para la vida.

En efecto, cuando se habla de contaminación, hay que distinguir las formas de contaminación ecológica de las de contaminación biológica, que a menudo sin embargo están ligadas entre sí.

Las aplicaciones de las tecnologías de aprovechamiento de los recursos naturales y de elaboración de productos, el empleo de productos para la agricultura o el vertido de desechos de las fábricas, pueden llevar a la degradación del ambiente y a su nocividad para la vida.

La vida humana puede verse comprometida y dañada indirectamente por las contaminaciones atmosféricas, ambientales y alimentarias.

[653]

Pero existen formas más deliberadas y profundas de comprometer el equilibrio biológico y la relación persona-naturaleza. Todo lo que se lleva a cabo a cargo de la manipulación genética y embrional y lo que se hace para desvincular amor humano y vida física (anticoncepción, esterilización, aborto) entra en esta oleada de contaminación biológica en la que la vida física del hombre se ve comprometida por la tecnología.

Habremos de tener presente, a este propósito, la Declaración adoptada en Sao Paulo (Brasil) en octubre de 1976 por parte de la XXX Asamblea de la Asociación Médica Mundial.

Este documento subraya la importancia esencial de la relación hombre-ambiente y la necesidad de replantear el desarrollo económico y social en términos cualitativos. El texto afirma que este peligro de la contaminación «amenaza al porvenir de la especie humana» y se ha convertido en el «primer factor que amenaza a la vida». Se considera esencial la función del médico en cuanto que muchos agentes físicos y químicos de contaminación pueden tener consecuencias en el plano individual-biológico e incluso en el genético.

Se hace referencia específica a los alimentos, al uso de los pesticidas y de los aditivos en la agricultura, al ambiente de las fábricas y de trabajo como fuente de enfermedades.

La tarea del médico y de las asociaciones médicas es la de hacer que sea efectiva en el plano de la prevención y de la educación la relación que hay entre calidad del ambiente y calidad de la vida.[822]

Lo que resulta obvio por todo lo que hemos venido exponiendo a propósito del empleo de la tecnología en el campo biológico-genético, en el sector nuclear y en la transformación del ambiente, es que la responsabilidad de las personas en particular, ciudadanos y médicos, deberá conjugarse con las decisiones legislativas, políticas y de programación en el plano nacional, regional e internacional, a. fin de que sea posible prever un resultado positivo.[823] La evolución tecnológica está centralizada por naturaleza y tiende a hacerse masiva y superior a la voluntad y a las opciones individuales. Por otra parte, la formación de las conciencias particulares es indispensable para crear un movimiento de pensamiento y para que cada quien colabore en la defensa del ambiente.

Recientes episodios (Seveso, Bhopal, Chernobyl) han hecho entender cómo se puede llegar al desastre ecológico por falta de adecuadas normas de protección en las industrias y en las fábricas; por otro lado, se ha comprobado que enteras franjas de costas y los mismos mares han resentido la degradación del ambiente

---

[654]

[822] TORRELU, *Le médecin et les droits...,* pp. 410-412.

[823] MARINI BETTOLLO G.B. (ed.), *A modern approach to the protection of the environment,* Ciudad del Vaticano 1989; SCIAUDONE G (coord.), *L'umana dimora giá e non ancora,* Roma 1989.

debida a la industria y al empleo de sustancias químicas en la agricultura. El equilibrio del cosmos y de la biosfera deberá ser considerado de ahora en adelante como una de las tareas esenciales de la sociedad en el campo de la educación y de la legislación.

Hemos aflorado apenas algunos temas, para subrayar la relevancia del impacto de los avances tecnológicos en el campo médico y sanitario. Este impacto no es menos relevante en el ámbito de la cultura y de la sociedad. La confrontación con los valores éticos resulta cada vez más urgente y saludable en orden al sentido humano de esos mismos progresos tecnológicos.[824]

---

[655]

AA. VV., *Philosophie de la culture,* en *Actes du XIème Congrès International de Philosophie,* Lovaina 1953.

—,*L'appello del futuro e l'intelligenza dell'uomo: lavoro e cultura nella nuova* etá tecnológica, en Atti del II Congresso del MEIC, «Coscienza», 1985, 5/6.

—, La vicenda uomo tra coscienza e computer, Cittadella, Asís 1985.

—, Etica e trasformazioni tecnologiche, Vita e Pensiero, Milán 1987.

Agazzi E., Responsabilitá della scienza nella societá contemporánea, «Medicina e Morale», 1980, 1, 17-27.

Angelini C, Informática e morale, «Vita e Pensiero», 1983, sett.-ott..

Avendaño C.G., El mito de la tecnología. Utopía y realidades del progreso técnico, Diana, México 1995.

Bartolomesi S., Etica e ambiente. Aldo Leopold e il valore morale degli oggetti natu-rali, en Aa. Vv., Questioni di bioética, Editori Riuniti, Roma 1988, pp. 223-245.

Bausola A., Etica e trasformazione tecnológica, «Vita e Pensiero», 1987, 12, 642-660.

Beauchamp T., Morality and the social control of biomedical tecnology, en Bondeson W.B., White J. (eds.), Newknowledge in biomedical science, Reidel, Dordrecht 1982, 10, pp. 55-77.

Bondeson W.B., Scientific advance, technological development and society, en Bondeson W.B., White J. (eds.), New knowledge in biomedical science, Reidel, Dordrecht 1982.

Bromet E.J., The nature and effects of technological failures, en Gist R., Lubin B. (eds.), Psychosocial aspects of disasters, John Wiley and Sons, Nueva York 1969, pp. 120-140.

Caffarra C., Male morale, mentalitá tecnológica e teología contemporánea, «Medicina e Morale», 1974, 1, 25-32.

---

[824] De particular interés sobre el tema, especialmente en los capítulos dedicados a «Tecnología e informática», «Tecnología y salud» y «Ecología y tecnología», es el libro de AVENDA**ÑO** C.G., *El mito de la tecnología. Utopía y realidades del progreso técnico,* Diana, México 1995 (N. del T.).

Cantore E., L'uomo scientifico, Dehoniane, Bolonia 1988.
Capograssi G., Introduzione alia vita etica, Studium, Roma 1976.
Chagas C., LO sviluppo della scienza e l'avvenire dell'umanitá, «Medicina e Morale», 1974, 1, 90-98.
Chiarelli B., Storia naturale del concetto di etica e sue implicazioni per gli equilibri naturali attuali, «Federazione medica», 1984, xxxvii 6, 542-547.
Comitato Nazionale per la Bioética, Terapia genica (15.2.1991), Presidenza del Consi-glio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma 1991.
—, Documento sulla sicurezza delle biotecnologie (28.5.1991), Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma 1991.
Cosmacini G., Tecnología, antropología e vocazione etica del medico, en Di Meo A., Mancina C. (coord.), Bioética, Laterza, Roma 1989, pp. 245-259.
Cotta S., Vera tecnológica, II Mulino, Bolonia 1981.

---

[656]

DACLON C.M., *Nuova politica per l'ambiente,* DC/Soes, Roma 1986.
DAL FERRO G., *Concetto e significato del «potere» sulla natura in Romano Guardini,* en NODARJ M.V. (coord.), *Popolazione, ambiente, risorse,* Del Rezzara, Vicenza 1975, pp. 176-188.
DAS GOTTA P.D., *L'influsso dello stress industriale urbano sui lavoratori industriali di origine tribale,* en QUADRIO A., VENINI L. (coord.), *Aspetti bio-sociali dello sviluppo,* Angeli, Milán 1980, pp. 109-117.
DE ROSA G., *Riflessioni sull'incidente di Chernobyl,* «La Civiltà Cattolica», 1986, 2, 370-373.
FACCHINI F., Il *rapporto uomo-ambiente per la qualità della vita umana,* en SGRECCIA E. (coord.), *Corso di bioetica.* Angeli, Milán 1986, pp. 61-69.
FAILLA L., II *«rischio nucleare»: problema morale?,* «Rivista di Teologia Morale», 1979,41,25-39.
—, Pensiero scientifico e atteggiamento di fede, «Responsabilità del Sapere», 1983, xxxii, 135/136, 43-53.
FROMM E., *¿Tener o ser?.* Fondo de Cultura Economica, México.
GALLINO L., *L'attore sociale. Biologia, cultura e intelligenza artificiale,* Einaudi, Turin 1987.
GARGANTINI M. (coord.), / *Papi e la scienza,* Jaca Book, Milán 1985.
GIUNCHI G., *Prospettive e limiti del processo tecnologico applicato alla medicina,* en AA. VV., *Saggi di medicina e scienze umane,* Istituto Scientifico Ospedale S. Raffaele, Milán 1984, pp. 301-311.
HABERMAS J., *Teoria e prassi nella società tecnologica,* Laterza, Bari 1978.
HAINES A. et al., *Nuclear weapons and medicine: some ethical dilemmas,* «J. Med. Eth-ics», 1983, 9, 200-206.
HUXLEY A., *Il mondo nuovo. Ritorno al mondo nuovo,* Mondadori, Milán 1971.

IANNONE A.P., *Contemporary moral controversies in technology,* Oxford University Press, Nueva York 1987.
JONAS H., *Technique, morale et genie génetique,* «Communio», 1984, ix, 6, 46-65.
—, *Il principio responsabilità. Un 'etica per la civiltà tecnologica,* Einaudi, Turin 1990.
JONES S., *The Biotechnologists and the evolution of bìotech enterprises in the USA and Europe,* The Mac Millan Press, Londres 1992.
JUAN PABLO II, *Discurso a la Pontifìcia Academia de las Ciencias para la comemora-ción de A. Einstein* (10.11.1979), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* n, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1979, pp. 1107-1120.
—, *Discurso a científicos y estudiantes en la Catedral de Colonia* (15.11.1980), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* ni, 2, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1980, pp. 1200-1211.
—, *A los participantes en la Reunión promovida por la «Academia Nacional de las Ciencias»* (21.9.1982), en *Insegnamenti di Giovanni Paolo II,* v, 3, Libreria Editrice Vaticana, Ciudad del Vaticano 1982, pp. 511-515.

---

[657]
LABRUSSE-ROIU C, *L'homme à vif: droit et biotechnologies,* «Esprit», 1969, 60-72.
LADRJÈRE J., *I rischi della razionalità,* SEI, Turfn 1987.
L'uomo e l'ambiente: dominare o contemplare la natura? (editorial), «La Civiltà Cattolica», 1987, 3, pp. 345-354.
MANARA C.F., *Scienza e libertà,* «Per la Filosofia», 1985, 5, 16-26.
MARCUSE H., *El hombre unidimensional,* Artemisa, Mexico 1985.
MARINI BETTOLO G.B., *La società di fronte alla scienza e alle tecnologie,* S.I.P.S., Ancona 1983.
—, (ed.) *A modem approach to the protection of the environment,* Pontificia Accademia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1989.
MARTINI C.M., *Etica ed evoluzione tecnologica nella medicina contemporanea,* «Medicina e Morale», 1984, 1, 5-10.
—, *Nuovo umanesimo e scienza medica nell'era tecnologica,* en AA. VV., *Saggi di medicina e scienze umane,* Istituto Scientifico Ospedale S. Raffaele, Milan 1984, pp. 291-300.
MITCHAM C, GROTE J., TRIBE L.H. et al., *Technology,* en REICH W.T. (ed.), *Encyclopedia ofBioethics,* The Free Press, Nueva York 1978, pp. 1638-1654.
MORACZEWSKI A.S. et al. (eds.), *Technological powers and the person,* The Pope John Center, St. Louis (MO) 1983.
MORONI A., *Dare un volto alla terra,* AA. VV., *La vicenda uomo tra coscienza e computer,* Cittadella, Asfs 1985, pp. 271-298.

MORREN L., *L'influsso della scienza e della tecnologia sull'immagine dell'uomo e del mondo,* en POUPARD P. (coord.), *Scienza a fede,* Piemme, Casale Monferrato 1986, pp. 56-68.
NANNI C, *Cultura, scienza, tecnologia e problema dell'identità culturale,* en NODARI M.V. (coord.), *Fanciullo e società,* Del Rezzara, Vicenza 1980, pp. 195-205.
O'CONNELL L.J., *Medical technology: questions of life and death,* en CORTIS T. (ed.), *Bioethics,* Ministry for Soc. Pol/, Valleta 1989, pp. 13-27.
PABLO VI, *Discurso al personal del «Centro Automazione Analisi Linguistica»,* del Aloysianum de Gallarate (19.6.1964), en *Insegnamenti di Paolo VI,* n, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1964, pp. 397-400.
Pio XII, *Discurso por el octogésimo aniversario de la Juventud de Acción Católica Italiana* (12.9.1948), en *Discorsi e Radiomessaggi,* X, Tipografia Poliglotta Vaticana, Ciudad del Vaticano 1960, pp. 206-212.
—, *Radiomensaje de Navidad a los pueblos de el mundo* (24.12.1953) en *Discorsi e Radiomessaggi,* Tipografia Poliglotta Vaticana, xv, Ciudad del Vaticano 1969, pp. 518-531.
PONTIFICIA ACCADEMIA DELLE SCIENZE, *Declaration on prevention of nuclear war,* Pontificia Accademia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1982.
—, *Working Group on: «Biological implications of optimization in radiation pro-cedures» - Conclusion,* Pontificia Accademia delle Scienze, Ciudad del Vaticano 1983.

[658]
Possenti v., *Etica e trasformazioni tecnologiche,* «VITA E PENSIERO», 1987, 6, 451-459.
Poupard P. (COORD.), *Scienza e fede,* PIEMME, CÁSALE MONFERRATO 1986.
Quattrocchi P., *Etica, scienza, complessitá,* ANGELÍ, MILÁN 1984.
Reale G., Antiseri D., *// pensiero filosófico occidentale dalle origini ad oggi,* LA SCUO-LA, BRESCIA 1983, M, PP. 697-699 (TRAD. ESP., *Historia del pensamiento filosófico y científico,* 3 VOL., HERDER, BARCELONA 1992).
Reiser S.J., *La medicina y el imperio de la tecnología,* FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, MÉXICO 1990.
Ruberti A. (COORD.), *Tecnología domani,* LATERZA, ROMA - BARI 1987.
RUIZ de la Peña J.L., *Anthropologie et tentaúon biologiste,* «COMMUNIO», 1984, IX, 6, 66-79.
RUSSO F., *L'uomo e la biosfera. Un importante programma dell'UNESCO,* «LA CIVILTÁ CATTOLICA», 1987, N, 292-299. Sasson A., *Biotecnologie e sviluppo,* CÍAS INTERNATIONAL, BRESCIA 1989.
Sciaudone G. (COORD.), *L'umana dimora giá e non ancora,* ISTITUTO ITALIANO MEDICINA SOCIALE, ROMA 1989.

Schasching J., *Etica e trasformazioni tecnologiche,* «LA CIVILTÁ CATTOLICA», 1988, 1, 265-267.
Sgreccia E., *Il progresso scientifico-tecnologico di fronte all'etica,* «MEDICINA E MORALE», 1983, 4, 335-341.
—, *Bioeticitá delle metodiche strumentali in geriatria,* «GIORNALE DI GERONTOLOGÍA», 1988, XXXVI, 545-554.
Strumia A., *L'uomo e la scienza nel magistero di Giovanni Paolo II,* PIEMME, CÁSALE MONFERRATO 1987.
The Pope John XXIII Center, *The new technologies of birth and death: medical, legal and moral dimensions,* THE POPE JOHN CENTER, ST. LOUIS (MO) 1980.
Tonfoni G., *Intelligenza artificíale, comportamento e comunicazione,* ARMANDO, ROMA 1987.
Torrelli M., *Le médecin et les droits de l'homme,* BERGER-LÉVRAULT, PARÍS 1983.
Vidal M., *Etica de la actividad científico-técnica,* «MORALIA», 1983, V, 419-443.
Weizenbaum J., *Il potere del computer e la ragione umana,* GRUPPO ABELE, TURÍN 1987.
Zimmerli W., *Is the technologisation of nature ethical?,* EN Mieth D., Pohier J. (EDS.), *Ethics in the natural sciences,* T.&T. CLARK LTD., EDIMBURGO 1989, PP. 138-150.